

**Análisis de la dispensación
a través de receta médica electrónica
en las farmacias comunitarias
españolas. Propuestas de mejora**

ESTEVE

Sociedad
Española
de Farmacia
Familiar
y Comunitaria



SEFAC

Análisis de la dispensación a través de receta médica electrónica en las farmacias comunitarias españolas. Propuestas de mejora

Autores

Vicente Javier Baixauli Fernández

Luis Alfonso Brizuela Rodicio

María Dolores Murillo Fernández

Colaboración y recogida de datos

Comisión de Receta Electrónica de SEFAC:

Jaime Antonio Acosta Gómez

Marta Burniol Hurlé

Francisco Carranza Caricol

Carlos Antonio Casal Sánchez

Loreto Gómez Guedes

Pedro Miguel Huarte Gil

Paqui Jiménez Guillén

Francesc Xavier Moranta Ribas

Elva Orta Hoyos

Ángel Pedrosa de Guindos

Esteban Ruiz García

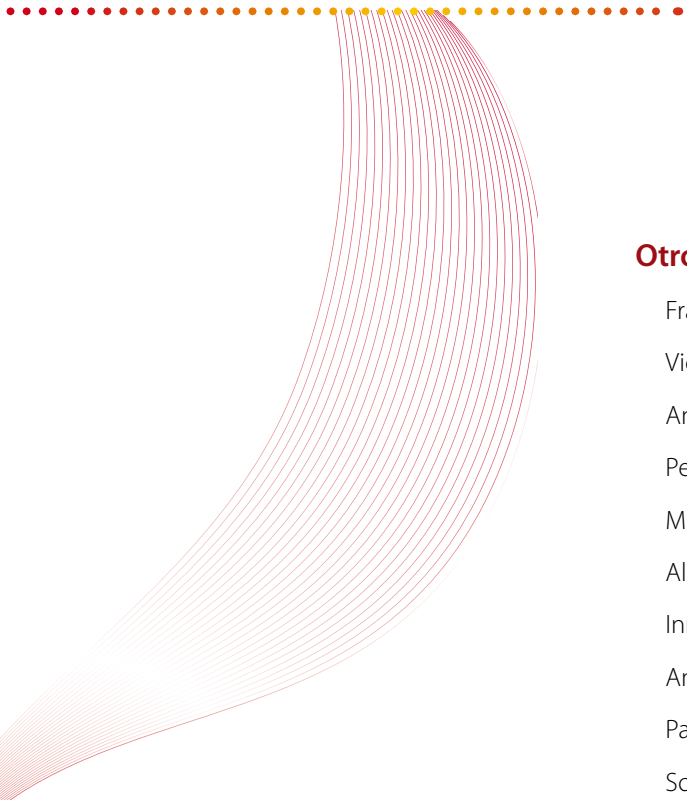
Luis Salar Ibáñez

Mireya Suárez Hurlé

Sonia Vegas López



ESTEVE



Otros colaboradores

Francisco Manuel Aceituno Romero

Vicente Colomer Molina

Antonieta de Andrés Dirube

Pepa Franco Campello

Modesta Inmaculada Gil García

Alicia González Rodríguez

Inmaculada López González

Ana Molinero Crespo

Paqui Moreno Fernández

Sonia Sáenz de Buruaga Pérez de Atxa

Eduardo Satué de Velasco

Jorge Vázquez Valcuende

Agradecimientos

José Luis Calle Pérez

Francisco Guardia Sáez

Luis Hernández Tomás

Francisco Miranda Saavedra

Juan Prieto Corpas

Índice

Prólogo	5
Introducción	7
Justificación	7
Definiciones y acrónimos	9
Antecedentes	11
• A nivel europeo	11
• A nivel nacional	14
Objetivos	18
Metodología	19
• Limitaciones del estudio	21
Resultados	22
• Resultados del cuestionario sobre el sistema de RE	22
– Con respecto a la Administración sanitaria de cada comunidad autónoma	22
– Con respecto a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF)	24
– Con respecto a la farmacia comunitaria (FC)	25
– Con respecto a la atención farmacéutica (AF)	29
• Resultados de la encuesta a farmacéuticos comunitarios	30
Discusión	37
• Con respecto a la Administración sanitaria de cada comunidad autónoma	37
• Con respecto a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF)	43
• Con respecto a la farmacia comunitaria (FC)	45
• Con respecto a la atención farmacéutica (AF)	55
• Con respecto al paciente	59
Conclusiones	60
Propuesta de SEFAC	62
• Información	62
• Comunicación	62
• Integración	62
• Adaptación	62
• Registro	63
• Interoperabilidad	63
• Personalización	63
• Solicitud de otros servicios profesionales farmacéuticos (SPF)	63
• Autonomía profesional	64
• Convergencia	64
Bibliografía	64



P.º de las Delicias, 31 – Esc. Izda. 4.º Dcha.
28045 Madrid

Coordinación editorial:



Alberto Alcocer, 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

Ni el propietario del copyright, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra, pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN: 978-84-7867-301-8
Depósito Legal: M-12681-2015



Prólogo

La estructura de la sociedad española está cambiando y con ella las necesidades de atención social y sanitaria. Este cambio de paradigma ocasionado por el progresivo envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas y las pluripatologías provocan también una transformación sustancial en el perfil del paciente y de nuestro entorno sanitario.

Debemos de ser conscientes de que esta metamorfosis del sistema hacia una mejor gestión de la cronicidad será una oportunidad para encauzar a la farmacia comunitaria en estas nuevas perspectivas de futuro sobre la necesidad de priorizar prestaciones y servicios, organizar nuevos roles y nuevos horizontes asistenciales.

Es por ello que la presentación de esta obra en los momentos actuales refuerza el gran salto cualitativo que ha realizado la farmacia comunitaria, demostrando su enorme potencial de desarrollo y capacidad de integración con el sistema de salud para dar la mejor atención sanitaria a la población.

Análisis de la dispensación a través de receta médica electrónica en las farmacias comunitarias españolas. Propuestas de mejora es una nueva oportunidad para consolidar la figura del farmacéutico comunitario como profesional sanitario indispensable en la cadena de valor de los cuidados y el contenido de la misma aporta suficientes argumentos para asentar las bases de un proyecto futuro de interoperabilidad.

La mejora de la implantación de la receta electrónica (RE) como una herramienta tecnológica de gran potencial no es un fin en sí mismo, sino un medio que permitirá al farmacéutico comunitario comunicarse con el resto del equipo multidisciplinar, facilitar el seguimiento farmacoterapéutico y contribuir a un mejor cumplimiento y adherencia terapéutica.

En la farmacia comunitaria del siglo XXI se deben contemplar e impulsar nuevos servicios que mejoren el uso responsable de los medicamentos y un buen ejemplo de caso de éxito es la receta electrónica, que ha supuesto un antes y un después en los procesos de prescripción y dispensación de medicamentos, facilitando la labor de médicos y farmacéuticos en aras de ofrecer un mejor servicio a sus principales beneficiarios, los pacientes.

Desde ESTEVE fomentamos nuestro firme compromiso con la mejora de la atención sanitaria por parte del farmacéutico comunitario, y en este contexto trabajamos para facilitar su desarrollo profesional, codesarrollando de manera conjunta programas de interés mutuo y alineados con las necesidades detectadas, y esto nos posiciona como *partner* innovador que aporta valor diferencial en implementar soluciones eficientes e integrales en los resultados de salud de la población.

Por último, queremos agradecer a todos los farmacéuticos comunitarios que han elaborado este documento su esfuerzo y empeño en consensuar un camino para atender con calidad a los pacientes, principales beneficiarios de nuestro sistema ahora y siempre.

Eugeni Sedano
Jorge Vázquez
Relaciones Institucionales
ESTEVE

Introducción

Actualmente las nuevas tecnologías se están integrando en nuestra forma de vivir, dando lugar a cambios cada vez más profundos en todos los ámbitos de nuestra vida: social, político, cultural, económico, legislativo, tecnológico, demográfico y, por supuesto, sanitario.

En la última década la utilización e incorporación de las nuevas tecnologías en el sistema sanitario se están desarrollando tanto en el contexto autonómico como nacional y europeo. La prestación farmacéutica como parte importante del sistema sanitario también ha participado de este progreso, que ha modificado sustancialmente la forma de trabajar de los farmacéuticos comunitarios españoles, especialmente en lo relativo a la dispensación de medicamentos y productos sanitarios, a través de la llamada receta electrónica (RE).

La Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) tiene entre sus fines “servir de órgano informativo respecto de las funciones y fines de la profesión y realizar cuantas tareas se le encomienden, colaborando con entidades públicas o particulares mediante la elaboración de estudios, informes o propuestas”⁽¹⁾. En este sentido, desde SEFAC se ha seguido con interés el desarrollo e implantación de la RE en nuestro país y muestra de ello son las diferentes iniciativas que ha llevado a cabo:

- La elaboración en 2010 del decálogo SEFAC sobre receta electrónica⁽²⁾.
- El estudio en 2011: *Receta Electrónica Gallega: e-Receta y Atención Farmacéutica, nuevos retos profesionales*⁽³⁾.
- La creación de la Comisión de Receta Electrónica de SEFAC en 2012.
- La elaboración de una encuesta sobre la RE a farmacéuticos comunitarios españoles en abril de 2014, con el fin de conocer su percepción sobre esta.

Y, por último, la elaboración del presente documento, que pretende analizar el estado de la implantación de los sistemas de receta electrónica en la farmacia comunitaria española y realizar una propuesta sobre la RE que necesita la farmacia comunitaria española.

Justificación

En la actualidad el farmacéutico tiene como reto dar respuestas y soluciones a las necesidades asistenciales de los pacientes en lo referente a la farmacoterapia, basándose en los conocimientos y habilidades específicas, con la finalidad de obtener el máximo provecho terapéutico de la farmacoterapia prescrita por el médico y en consonancia con los requerimientos del sistema sanitario⁽⁴⁾.

Los profesionales sanitarios están inmersos en un importante y continuo proceso de incorporación de nuevas tecnologías en el sistema sanitario, entre las que se encuentra la RE. Los farmacéuticos, como parte del sistema sanitario, junto con los médicos, enfermeros, otros profesionales y las autoridades sanitarias, tienen la misión de garantizar el uso necesario, eficiente, efectivo y seguro de los medicamentos.

Desde hace tiempo, los farmacéuticos se han ido adaptando en el ámbito de su trabajo a este proceso de incorporación a las nuevas tecnologías; valga como ejemplo la plena informatización de las farmacias, la incorporación a la captura de la tarjeta sanitaria individual (TSI) y más recientemente, la adaptación a la RE, con todo lo que ello conlleva a nivel tecnológico, profesional, formativo y económico.

Pero, además, la farmacia comunitaria, como establecimiento sanitario, ofrece una cartera de servicios asistenciales, asentándolos en la filosofía de la atención farmacéutica, siendo cada vez más los farmacéuticos que utilizan procedimientos estandarizados de trabajo para la prestación de dichos servicios. Estos procedimientos requieren coordinarse con los modelos aplicativos de RE, por lo que es importante conocer el funcionamiento y la compatibilización de todos los procesos utilizados de forma conjunta.

La falta de integración efectiva del farmacéutico comunitario en muchos de los servicios y actividades sanitarias que se realizan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) es la principal asignatura pendiente de la Administración sanitaria. De hecho, la farmacia comunitaria, a pesar de ser un establecimiento sanitario de carácter privado, forma parte del sistema sanitario, del SNS y, por tanto, de sus estructuras, mediante la concertación que realizan los colegios de farmacéuticos con los distintos sistemas de salud autonómicos⁽⁵⁾. El uso de las nuevas tecnologías y sobre todo la implantación de la RE suponen un profundo cambio de la metodología de trabajo para la farmacia, para el farmacéutico comunitario, el paciente y el resto de profesionales sanitarios, y conlleva la necesidad de aprender a convivir con terminologías y dispositivos hasta ahora desconocidos.

En 2010, el grupo de trabajo de SEFAC sobre receta electrónica informó que se diseñaría y llevaría a cabo un estudio de las distintas modalidades de RE desarrolladas por las distintas administraciones sanitarias españolas con el fin de elaborar un informe en el que se pusieran de manifiesto sus carencias y solicitar a las administraciones sanitarias competentes responsables su subsanación⁽²⁾. En consecuencia, y con este fin, posteriormente, en abril de 2012 se creó la Comisión de RE de SEFAC.

Los enormes cambios que generan la implantación y desarrollo de la RE en los diferentes ámbitos sanitarios, y en concreto en la farmacia comunitaria española, justifican un análisis objetivo y profundo de los modelos de RE en nuestro país.

Definiciones y acrónimos

Definiciones

Receta médica

La receta médica es el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio mediante el cual los médicos, odontólogos o podólogos, enfermeros legalmente facultados para ello, y en el ámbito de sus competencias respectivas, prescriben a los pacientes los medicamentos o productos sanitarios sujetos a prescripción médica para su dispensación por un farmacéutico o bajo su supervisión, en las oficinas de farmacia y botiquines dependientes de las mismas o, conforme a lo previsto en la legislación vigente, en otros establecimientos sanitarios, unidades asistenciales o servicios farmacéuticos de estructuras de Atención Primaria debidamente autorizados para la dispensación de medicamentos⁽⁶⁾.

Tarjeta sanitaria individual

La tarjeta sanitaria individual (TSI) se define como un documento administrativo que acredita determinados datos de su titular y facilita el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de la atención sanitaria que proporciona el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Receta electrónica

Procedimiento tecnológico telemático que permite realizar la prescripción electrónica de medicamentos a un paciente identificado mediante su TSI, por un facultativo legalmente capacitado, y la posterior dispensación de esos medicamentos en la farmacia por un farmacéutico identificado por medios digitales.

Dispensación electrónica

Servicio profesional de dispensación desarrollado por medios digitales, realizado por un farmacéutico previamente identificado, cuyo fin es poner a disposición de un paciente, con las máximas garantías sanitarias disponibles, la medicación previamente prescrita por un médico.

Prescripción electrónica

Es el proceso mediante el cual un médico debidamente identificado mediante su tarjeta con certificado digital, y previamente autorizado por la administración correspondiente, puede prescribir un tratamiento médico completo a un paciente a través de su TSI en un único acto médico⁽⁷⁾.

Dispensación

Es el servicio profesional del farmacéutico encaminado a garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto proceso de uso y de acuerdo a la normativa vigente. Esta definición, aunque se refiera a medicamentos, es generalmente aplicable a productos sanitarios⁽⁸⁾.

Sistema de receta médica electrónica

Aplicativo informático de soporte y relación electrónica entre todos los procesos que son necesarios realizar para hacer efectiva la prestación farmacéutica a los pacientes y usuarios (prescripción, dispensación y visado)⁽⁹⁾.

Certificado electrónico

Un certificado digital o certificado electrónico es un documento firmado electrónicamente por un prestador de servicios de certificación que vincula unos datos de verificación de firma a un firmante y confirma su identidad. Es el único medio que permite garantizar técnica y legalmente la identidad de una persona en internet. Se trata de un requisito indispensable para que las instituciones puedan ofrecer servicios seguros a través de internet y la firma electrónica de documentos. El receptor de un documento firmado puede tener la seguridad de que este es el original y no ha sido manipulado, y el autor de la firma electrónica no podrá negar la autoría de esta firma⁽¹⁰⁾.

Acrónimos

AF: atención farmacéutica.

AGF: agente de gestión farmacéutica.

CCAA: comunidad/es autónoma/s.

COF: Colegio Oficial de Farmacéuticos.

FC: farmacia/s comunitaria/s.

HCD: historia clínica digital o electrónica.

OTC: *Over The Counter* (medicamento de venta libre).

RE: receta electrónica.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

TIC: tecnologías de la información y comunicación.

TSE: tarjeta sanitaria europea.

TSl: tarjeta sanitaria individual.

UE: Unión Europea.

Antecedentes

A nivel europeo

Uno de los principales hitos en la historia del cambio del concepto de universalidad en lo que respecta a la sanidad dentro del marco de los países de la Unión Europea (UE) se produjo en 1996 cuando se aprobaba por unanimidad la Carta de la Reforma de la Atención Sanitaria de Ljubljana⁽¹¹⁾, que trataba, entre otras cosas, sobre las reformas sanitarias, y que dentro de los principios fundamentales, y de manera textual, decía que debía existir una cobertura universal y un acceso equitativo para toda la población a la asistencia necesaria.

En 2004, la Comisión Europea adoptó y puso en marcha el *Plan de Acción de la Comisión Europea de e-Salud (European Commission's e-Health Action Plan)*⁽¹²⁾, que señalaba una serie de cuestiones para mejorar la eficacia y prevenir errores en los sistemas de salud. Para ello proponía la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la telemática, así como otras actuaciones íntimamente relacionadas con estas, como es el caso de la tarjeta sanitaria electrónica, la historia clínica digitalizada, la receta electrónica (RE), la firma electrónica digital de los profesionales sanitarios y la creación de una Red Integrada Sanitaria en la que todas las redes que la formen sean interoperables. Desde entonces, la Comisión Europea ha desarrollado varias iniciativas para impulsar la e-Salud en toda la UE⁽¹³⁾.

Durante la presidencia española de la UE en el primer semestre de 2010 tuvo lugar en Granada la cumbre de los ministros de Telecomunicaciones y Sociedad de la Información en la que debatieron sobre las orientaciones políticas de la Agenda Digital Europea y emitieron la declaración "Por una Europa digital: la estrategia de Granada", impulsando el concepto de la e-Sanidad⁽¹⁴⁾.

El concepto de la tarjeta sanitaria europea (TSE) inició su andadura en la cumbre europea celebrada en marzo de 2002⁽¹⁵⁾ en Barcelona y sirvió para sustituir al tradicional formulario E-111. Es, por tanto, una tarjeta enmarcada en el capítulo de la libre circulación de trabajadores por la UE, pero que los responsables sanitarios españoles han acogido de buen grado como el primer paso para conseguir, según esperan en un futuro no muy lejano, una verdadera tarjeta sanitaria válida también de cara a la libre circulación de pacientes en Europa.

La nueva TSE sustituye los formularios utilizados para la concesión de la asistencia sanitaria en caso de estancia temporal por motivos de trabajo, estudios, turismo, etc. en un Estado del espacio europeo⁽¹⁶⁾. Igualmente permite realizar el reembolso de los gastos generados por este concepto entre las instituciones de los distintos países. Se trata de una tarjeta específica con los mismos contenidos para todo el espacio europeo y Suiza, que contiene la información necesaria (tanto sobreimpresa como en su banda magnética) para que pueda ser reconocida sin dificultad, como medio de acceso a la asistencia sanitaria y constatar su periodo de validez.

Figura 1. Modelo de tarjeta sanitaria europea



El 1 de diciembre de 2009 se establecen las bases para el desarrollo de la e-Salud a través de la Decisión del Consejo Europeo 2009/882/UE, presidido entonces por Suecia, relativa a la adopción de su reglamento interno⁽¹⁷⁾. En ese documento se adoptaron una serie de acuerdos para “una atención sanitaria segura y eficiente a través de la e-Salud” y se instó al ejercicio del liderazgo político y a integrar la “e-Salud” en las políticas sanitarias de los Estados miembros con el objeto de desarrollar servicios en respuesta a las nuevas necesidades de la sanidad pública.

Según Peter Zalgavis, director del área de Salud y Bienestar de la DG Connect, son varias las razones para establecer un nuevo plan de acción en e-Salud desde la organización europea⁽¹³⁾:

- Para dejar constancia de los progresos que se han hecho hasta el momento en este campo.
- Para asegurar mayor coherencia entre el desarrollo de políticas de salud y el de la e-Salud.
- Para expandir el uso de la e-Salud como herramienta para el empoderamiento de los pacientes y conseguir eficiencia e innovación en la atención sanitaria.
- Para contribuir a la creación de puestos de trabajo y al crecimiento económico.

En este escenario se ha impulsado el *e-Health Action Plan 2012-2020* como hoja de ruta para lograr una atención sanitaria inteligente y sostenible para Europa. El plan presenta y consolida las acciones para disfrutar de las oportunidades que puede ofrecer la e-Salud. Además, describe el papel de la UE y alienta a los Estados miembros y a todos los actores implicados a trabajar juntos, y promueve:

- La mejora de la gestión de las enfermedades crónicas y pluripatológicas y la puesta en marcha de políticas para fortalecer la prevención eficaz de enfermedades y las prácticas de promoción de la salud.
- El aumento de la sostenibilidad y la eficiencia de los sistemas sanitarios europeos mediante el desbloqueo de la innovación, posibilitando la atención centrada en el paciente y dando más poder al ciudadano, además del fomento de cambios en las organizaciones sanitarias.



- El impulso de la asistencia sanitaria transfronteriza, la seguridad sanitaria, la universalidad y la equidad.
- La mejora de las condiciones legales y del mercado para el desarrollo de productos de e-Salud.

Con el fin de superar los obstáculos que frenan el uso de soluciones digitales en los sistemas sanitarios europeos, este plan de acción se centra en los siguientes objetivos operacionales:

Conseguir una mayor interoperabilidad de los servicios de e-Salud

De cara al año 2015, la Comisión Europea, con el apoyo de la *e-Health Network*, propondrá un marco de interoperabilidad en e-Salud basado en los resultados de la investigación, pilotos y proyectos de investigación.

Apoyar la I+D+i y la competitividad en e-Salud

Durante el periodo 2014-2020, los proyectos de I+D+i en este sector recibirán financiación del programa público europeo Horizonte 2020, dentro del área "Salud, cambio demográfico y bienestar". Por otra parte, se pide a los Estados miembros que participen activamente en la *Asociación Europea para la Innovación en Envejecimiento Activo y Saludable (EIP AHA)* para desarrollar y compartir las estrategias nacionales y regionales en soluciones innovadoras para el envejecimiento demográfico.

Facilitar y garantizar el amplio despliegue de la e-Salud

El mecanismo *Conectar Europa (CEF)* debe facilitar el desarrollo de servicios transfronterizos e interoperables relacionados con las tecnologías de la información y comunicación de interés general. Por otro lado, también se impulsarán acciones para mejorar las capacidades digitales de ciudadanos, pacientes y profesionales de la salud. Además, a partir de 2014 se ponen a disposición de los interesados una serie de indicadores para medir el valor añadido y los beneficios de la e-Salud.

Promover el diálogo político y la cooperación internacional en e-Salud a nivel mundial

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y otros entes internacionales insisten en la importancia de proponer soluciones a las cuestiones relacionadas con la e-Salud. En 2013 se promoverá desde Europa el debate global sobre e-Salud y el uso de estándares internacionales, el desarrollo de las capacidades en tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y la promoción de ecosistemas de innovación.

Además del *e-Health Plan Action 2012-2020*, la Comisión Europea trabaja en el ámbito de las soluciones TIC aplicadas a la salud en otros proyectos.

A nivel nacional

La realidad actual de la receta electrónica es consecuencia del desarrollo de las transferencias que en materia sanitaria fueron asumiendo las comunidades autónomas (CCAA) de forma paulatina, completándose el proceso con la aprobación de la Ley 21/2001⁽¹⁸⁾ en la que se crea un modelo estable por el que se regula el nuevo sistema de financiación de las CCAA de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. La finalidad de esta transferencia competencial en materia sanitaria es la de acercar la gestión sanitaria asistencial al ciudadano, lo que no deja de ser una garantía en lo referente a participación, equidad y calidad. Sin embargo, este hecho ha sido un factor determinante para el desarrollo e implantación de la receta, ya que cada una de ellas ha desarrollado su propio modelo de RE. No obstante, es conveniente conocer los pasos que se han dado en nuestro país en este sentido.

En el año 2005 se presenta el proyecto *PISTA-Sanidad* de RE de los Ministerios de Ciencia y Tecnología y de Sanidad y Consumo, en el que se enmarcan las iniciativas de CCAA como: Madrid, Islas Canarias, Cataluña, Andalucía, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia y País Vasco, aunque el proyecto quedó paralizado⁽¹⁹⁾.

Posteriormente, en 2007 nace el *Plan Avanza 2* con el objetivo de generalizar el uso de las tecnologías en la sociedad española⁽²⁰⁾. Y dentro de su desarrollo, una de las estrategias diseñadas fue el proyecto "Sanidad en Línea". La Entidad Pública Empresarial "Red.es"⁽²¹⁾, desde el año 2005, trabaja en el desarrollo de dicho proyecto en el que colaboraba con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y todos los servicios de salud autonómicos. En este entorno, en marzo de 2006 el Ministerio de Sanidad y Consumo, con el fin de introducir la tecnología en el sistema sanitario, presentó el *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*.

Dentro de sus seis grandes áreas de actuación figuraba la utilización de las tecnologías de la información en el SNS, con el fin mejorar la atención a los ciudadanos. Según este plan, las nuevas tecnologías están íntimamente relacionadas con los seis ámbitos de colaboración entre las Administraciones públicas sanitarias definidas por ley, que son:

1. Las prestaciones del SNS.
2. Los profesionales sanitarios.
3. La farmacia.
4. La investigación.
5. El sistema de información sanitaria.
6. La calidad del sistema sanitario.



Según este plan, estos seis ámbitos representaban:

- 1.º Para el ciudadano, la seguridad de las prestaciones en todo el territorio del Estado.
- 2.º Que los profesionales sanitarios tendrán las mismas garantías de competencia profesional.
- 3.º La prestación de medicamentos en la farmacia.
- 4.º Que la investigación se orientará a las necesidades de salud de la población.
- 5.º La información sanitaria fluirá en todo el sistema de manera segura.
- 6.º La calidad será un objetivo común dentro del SNS.

Sin embargo, para garantizar la seguridad jurídica del desarrollo de la receta electrónica era necesario modificar la regulación de la receta médica en España que databa de 1984⁽²²⁾, ya que desde entonces se había producido una importante evolución de la asistencia sanitaria y un cambio en los marcos jurídicos español y europeo en materia sanitaria y farmacéutica. Dicha modificación no se produciría hasta diciembre de 2010.

Otra modificación, necesaria para que la implantación de la RE se pudiera llevar a cabo en nuestro país con el fin de adaptarla a los nuevos procedimientos, llega en el año 2006 con la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios⁽²³⁾, en la que se revisa la normativa sobre receta médica con la finalidad de profundizar en la mejora del uso racional de los medicamentos, en los ámbitos público y privado, así como en la utilización de las nuevas tecnologías en los ámbitos de la prescripción y dispensación, en particular mediante la introducción de la RE. Fue esta ley la que introdujo la RE a nivel nacional en el artículo 33 al establecer que: “se tenderá a la dispensación individualizada de medicamentos y a la implantación de la receta electrónica, en cuyo desarrollo participarán las organizaciones colegiales médica y farmacéutica”.

Pero realmente cuando se introduce un nuevo marco jurídico es con el Real Decreto 1718/2010, sobre receta médica y órdenes de dispensación⁽⁶⁾, ya que con su entrada en vigor se reglamenta simultáneamente por primera vez la receta en formato papel y electrónico.

Esta nueva norma desarrolla la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, e introduce importantes novedades:

- Establecer la regulación básica de la receta electrónica.
- Necesidad de implantar un modelo único para toda España.
- Desarrollar el modelo obligatorio de la receta pública y privada, en soporte papel y en soporte electrónico, así como su cumplimentación básica.
- Modificar el volante de instrucciones al paciente.

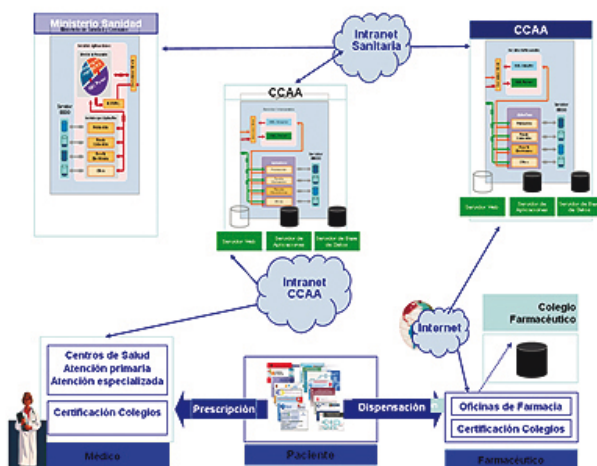
- Ampliar la duración del tratamiento de 3 meses a 6 y hasta 12 meses.
- Desarrollar por primera vez la orden hospitalaria de dispensación.
- Regular la receta para medicamentos no financiados por el SNS.

La finalidad de este Real Decreto es:

- Utilizar las nuevas tecnologías en toda la cadena del sistema sanitario: prescripción, dispensación y facturación.
- La simplificación de la labor médica, la posibilidad de la dispensación fraccionada, facilitar el acceso a la prestación farmacéutica por los pacientes y evitar la acumulación de medicamentos.
- Definir los criterios generales de la receta médica electrónica oficial del SNS, con las especificidades que se incluyen en este capítulo y los requisitos que las Administraciones sanitarias autonómicas introduzcan en el marco de sus competencias.
- También recoge la coordinación entre el SNS y las CCAA, lo que posibilitará la dispensación en cualquier farmacia comunitaria del territorio nacional.

Es de destacar que, en relación a este último fin, esta norma establece que: “el Gobierno determinará con carácter básico los requisitos mínimos que han de cumplir las recetas médicas extendidas y/o editadas en soporte informático con el fin de asegurar la accesibilidad de todos los ciudadanos, en condiciones de igualdad efectiva en el conjunto del territorio español, a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud”. Este fin hasta la fecha no se ha alcanzado.

Figura 2. Circuito completo de funcionamiento de la receta electrónica



Fuente: Ministerio de Sanidad.



La necesidad de facilitar el reconocimiento de las recetas expedidas en un Estado miembro de la UE y dispensadas en otro, recogido en la Directiva 2011/24/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza⁽²⁴⁾, llevó a la Comisión Europea a estudiar la situación y dificultades que supondría un cambio en los requisitos de ciertas prescripciones e impulsar en consecuencia la aprobación de la Directiva de ejecución 2012/52/UE, de la Comisión, de 20 de diciembre de 2012, por la que se establecen medidas para facilitar el reconocimiento de las recetas médicas expedidas en otro Estado miembro⁽²⁵⁾. La incorporación de esta normativa en nuestro país se materializó con la publicación del Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y que modifica el Real Decreto 1718/2010, sobre receta médica y órdenes de dispensación⁽²⁶⁾. Las modificaciones principales afectan al cambio de modelo de la receta médica y a la prescripción, estableciendo como norma general que sea por principio activo, si bien mantiene la libertad de prescripción al permitir al prescriptor –siempre que lo considere necesario desde un punto de vista médico– la posibilidad de señalar expresamente la marca que se ha de dispensar en la farmacia.

De forma paralela se realizan cambios en la legislación de la tarjeta sanitaria cuya regulación comienza con el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual⁽²⁷⁾, en desarrollo de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que establecía, en su artículo 57, que el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de la atención sanitaria que proporciona el SNS se facilitaría a través de la tarjeta sanitaria individual (TSI), como documento administrativo que acreditase determinados datos de su titular.

Del mismo modo, dicha ley establecía que, sin perjuicio de su gestión en el ámbito territorial respectivo por cada comunidad autónoma, las tarjetas incluirían, de manera normalizada, los datos básicos de identificación del titular de la tarjeta, del derecho que le asiste en relación con la prestación farmacéutica y del servicio de salud o entidad responsable de la asistencia sanitaria. Por otro lado, también establecía que los dispositivos que las tarjetas incorporasen, para almacenar la información básica y las aplicaciones que la tratasen, deberían permitir que la lectura y comprobación de los datos fuera técnicamente posible en todo el territorio del Estado.

Posteriormente, en 2013 se aprobó el Real Decreto 702/2013⁽²⁸⁾, por el que se modifica el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, mediante el cual se regula la TSI, para llevar a cabo el proceso de sustitución de los actuales documentos.

Este Real Decreto fue fruto del acuerdo de todos los consejeros de Sanidad autonómicos, que el 29 de febrero de 2012 dieron el visto bueno a la propuesta de criterios básicos de formato de la tarjeta sanitaria del SNS y, además, da cumplimiento a lo estipulado en el Real Decreto-ley 9/2011, en el que se recogía que el Gobierno de España, en coordinación con las CCAA, “establecerá el formato único y común de tarjeta sanitaria válido para todo el Sistema Nacional de Salud”⁽²⁹⁾. Sin embargo, hay que

mencionar que la disposición adicional única sobre normalización de tarjetas sanitarias en la Unión Europea, establece que: “en la medida en que se establezcan por la Unión Europea criterios de normalización que faciliten la circulación y mejora de la asistencia sanitaria de pacientes en el ámbito comunitario, las tarjetas sanitarias individuales del Sistema Nacional de Salud deberán adaptarse a aquellos. Si bien, el formato único de la tarjeta sanitaria permitirá también, de manera visible, la identificación del Sistema Nacional de Salud de España, necesaria para el proyecto europeo de interoperabilidad de la información clínica y para la adecuada implantación de la tarjeta sanitaria europea”.

A nivel autonómico, las CCAA consideraron la sanidad digital como uno de los ejes estratégicos para el desarrollo de la sociedad de la información y comunicación.

Finalmente, se ha establecido que las prioridades a corto y medio plazo consensuadas por las CCAA través del Consejo Interterritorial del SNS serían⁽³⁰⁾:

- La implantación y extensión completa de la RE.
- El desarrollo e implantación de la historia clínica digital (HCD) en el SNS.
- Dotar a todos los agentes de los instrumentos necesarios para favorecer la implantación de soluciones de interoperabilidad.
- Garantizar la disponibilidad de los mismos.

Todas ellas tenían que prever una estructura básica compuesta por:

- Creación de una red integrada de sanidad.
- Identificación de la población mediante la tarjeta sanitaria.
- Identificación de profesionales a través de la tarjeta sanitaria con certificado digital.
- HCD o historia clínica electrónica.
- Sistema de evaluación de la prestación farmacéutica.
- Base de datos de medicamentos y productos sanitarios.

Objetivos

Los objetivos del presente trabajo son:

- Conocer el grado de implantación de la RE en España.
- Analizar los diferentes sistemas de RE en relación con la farmacia comunitaria: sus desarrollos y características a nivel de la Administración sanitaria, los colegios oficiales de farmacéuticos, las farmacias y los farmacéuticos comunitarios.



- Conocer y analizar la opinión y el grado de satisfacción del farmacéutico comunitario sobre su trabajo diario en la dispensación de la RE.
- Realizar una propuesta sobre las necesidades del farmacéutico comunitario en RE.

No ha sido objeto de estudio la RE en relación con la atención especializada (ambulatoria y hospitalaria) ni con la prestación ortoprotésica, ya que en el primer caso todavía hay nueve comunidades que no han empezado con la RE y en el segundo todavía está sin implementar en casi todas las CCAA.

Metodología

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo⁽³¹⁾. Para realizar el estudio se elaboraron y validaron dos cuestionarios: el primero sobre diferentes aspectos técnicos relacionados con los sistemas de RE, y el segundo destinado a conocer la opinión de los farmacéuticos comunitarios respecto a la RE.

Aunque en España existen 17 comunidades autónomas y dos ciudades autónomas (Ceuta y Melilla), a efectos de este trabajo consideraremos a estas dos últimas como un único sistema de RE, ya que está gestionado por el INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria) dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de forma que, teniendo en cuenta que Castilla y León todavía no cuenta con un sistema de RE, en el presente trabajo se expondrán los resultados de los 17 sistemas de RE correspondientes a 16 CCAA y a Ceuta y Melilla.

Este estudio se ha realizado sobre los sistemas de RE del SNS que están actualmente operativos, por lo que no contempla las recetas médicas de las mutualidades como MUFACE, ISFAS y MUGEJU, que a día de hoy todavía no disponen de RE, ni de otras entidades aseguradoras privadas, ni de centros o consultas médicas del sector privado.

El primer cuestionario (disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf) se envió en febrero de 2013 a 17 farmacéuticos comunitarios conocedores de los sistemas de RE de sus respectivas CCAA con el fin de conocer el grado de implantación y las características de cada uno de los sistemas de RE existentes en España, tanto a nivel de la Administración sanitaria como de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF) y las farmacias comunitarias (FC). El cuestionario se estructuró en cuatro apartados:

- Características del modelo de RE de cada comunidad autónoma.
- Papel e impacto de la implantación del sistema de RE en los COF.
- Funcionalidades del sistema de RE en la FC.
- Impacto de los sistemas de RE en la atención farmacéutica (AF).

La recogida de los cuestionarios se realizó durante el mes de mayo de 2013. Una vez recogidos los datos, se introdujeron en una hoja de cálculo, se tabularon y se analizaron. Posteriormente, a primeros de noviembre de 2014 se hizo una rápida segunda consulta sobre los mismos datos con el fin de actualizarlos. Dada la intención de disponer de la máxima información posible, el cuestionario recogió los diferentes siguientes apartados:

- Aspectos generales: características, número de provincias, número de farmacias, grado de implantación, documentación que presentará el paciente para poder retirar la medicación, tipos de tarjeta sanitaria.
- Procesos asistenciales: características de la dispensación en procesos agudos y en procesos crónicos.
- Procesos de sustitución: supuestos, quién la puede realizar, quién las firma.
- Previsión de contingencias y seguridad: cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD), webs de contingencias, aspectos de los sistemas de RE estructurados en los apagones, caídas del sistema, etc.
- Formación: ¿quién formó al personal y características de la formación?
- Comunicaciones y tecnología de cada sistema de RE autonómica: empresas participantes, tipos de conexiones, alternativas de conexión, servidores, accesos al sistema, seguridad, etc.
- Papel e impacto de la implantación del sistema de RE en los COF: planificación ante la RE, cambios tecnológicos, recursos humanos, cambios en procesos de facturación, impacto económico. Liderazgo en la coordinación y supervisión de la implantación de la RE en las farmacias comunitarias. Seguridad, contingencias, comunicaciones, formación, etc.
- Impacto de la RE en la FC: características de la dispensación, funciones y atribuciones del personal, sustituciones, firmas, identificación del personal, formación. Adaptación tecnológica a la RE, requerimientos de *software* y *hardware*, necesidades tecnológicas, coste económico de la RE para la FC, líneas de comunicación, etc.
- AF y RE: adaptación de los servicios asistenciales a la FC con los programas de AF. Necesidades de información, comunicación, registro, introducción de datos, necesidades de los pacientes, etc.

El segundo cuestionario se realizó para conocer la opinión de los farmacéuticos comunitarios españoles sobre la RE como herramienta de trabajo en la FC. Se diseñó por la Comisión de RE de SEFAC y fue pilotado por 20 farmacéuticos de diferentes CCAA, validándose finalmente. Para incentivar su cumplimentación se envió en abril de 2014 una invitación por correo electrónico a todos los socios y simpatizantes de SEFAC. El cuestionario permaneció disponible para su cumplimentación en la



web de SEFAC (www.sefac.org) desde el 1 de marzo hasta el 22 de abril de 2014 (53 días). Una vez recogidos todos los cuestionarios cumplimentados, los datos fueron tabulados y analizados.

En el cuestionario se incluyeron 13 afirmaciones (disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf) sobre las que se le pedía al farmacéutico encuestado que expresase su grado de acuerdo según una escala de Likert que va del 0 al 4, siendo 0 = En desacuerdo; 1 = Poco de acuerdo; 2 = Medianamente de acuerdo; 3 = Muy de acuerdo y 4 = Totalmente de acuerdo.

Las 13 afirmaciones se estructuraron en cinco apartados:

- Las seis primeras afirmaciones tratan de conocer cómo los participantes evalúan la funcionalidad de la RE.
- La afirmación n.º 7, que tiene a su vez cinco subapartados, persigue obtener una idea de las necesidades de mejora de la RE.
- Las afirmaciones n.º 8 y 9 orientan sobre la utilidad de los aplicativos de la RE para la AF.
- Las afirmaciones n.º 10 a 12 permiten valorar el desarrollo de la parte administrativa de la RE.
- La última afirmación pretende recoger los principales comentarios de los farmacéuticos participantes.

Limitaciones del estudio

Dado que este estudio se basa en dos cuestionarios, hay que tener en cuenta los sesgos asociados a su utilización (comprensión, interpretación, cumplimentación, veracidad, etc.).

Una de las limitaciones primordiales del cuestionario técnico es la posible obsolescencia de los datos recabados debido al dinamismo de la implantación de los distintos sistemas de RE y el tiempo transcurrido entre su realización y la publicación de este informe. Como consecuencia es posible que algunos de los resultados descritos hayan cambiado durante el transcurso de este tiempo.

En relación con la encuesta a los farmacéuticos comunitarios, su principal limitación es que la opinión de los farmacéuticos que la cumplimentaron puede no ser representativa de todos los farmacéuticos comunitarios españoles.

Debido a que los sistemas de RE son autonómicos, y que muchas autonomías son pluriprovinciales, un mismo sistema de RE incluye a varios COF, por lo que también es posible que algunos de los datos recogidos en los resultados puedan no corresponderse exactamente con lo ocurrido en algún COF determinado. En este mismo sentido, al existir distintas aplicacio-

nes informáticas de gestión para la FC, pueden existir discrepancias en las respuestas a ciertas preguntas de la encuesta y, por tanto, en los resultados obtenidos. Igualmente ocurre con los farmacéuticos comunitarios que han cumplimentado el cuestionario y que han contestado a algunas preguntas de acuerdo con su forma de actuación profesional, en especial en aquellas actividades ajenas a la dispensación, por lo que las respuestas hay que interpretarlas teniendo en cuenta esta realidad. Por último, hay que mencionar que no ha sido posible acceder a algunos de los datos de algunos sistemas de RE por no estar dicha información accesible a personal ajeno a consejerías y COF.

Resultados

Resultados del cuestionario sobre el sistema de RE

El fin de este cuestionario era conocer el grado de implantación y las características de cada uno de los sistemas de RE existentes en España. Se estructuró en cuatro niveles diferentes:

1. Con respecto a la Administración sanitaria de cada comunidad autónoma.
2. Con respecto a los COF.
3. Con respecto a la FC.
4. Con respecto a la AF.

Hay que destacar que los datos relativos a la Comunidad Autónoma de Castilla y León no han sido registrados al no haber sido implantado ni pilotado su sistema de RE en el periodo de realización de este estudio.

Los resultados, debido a su extensión, pueden consultarse en la dirección: http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf.

Con respecto a la Administración sanitaria de cada comunidad autónoma

Fase de implantación y desarrollo de la RE

(disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf)

Los resultados obtenidos sobre la implantación de los sistemas de RE en las CCAA indican que cada una de ellas ha ido desarrollando su sistema independientemente del resto y a su propia velocidad, lo que ha llevado finalmente a una situación de coexistencia de prácticamente 18 sistemas diferentes de RE, presentando entre ellos una gran heterogeneidad a diferentes niveles.



En España la fase de implantación de la RE a nivel de Atención Primaria prácticamente ha finalizado, a falta de comenzar en Castilla y León (aunque se ha anunciado el inicio de un piloto) y en la Comunidad de Madrid. El resto de CCAA ya han implantado sus respectivos sistemas de RE en las FC.

El proceso de implantación de RE se hizo de manera conjunta y consensuada entre las consejerías y los COF de 16 CCAA y Ceuta y Melilla. Sin embargo, el desarrollo de los sistemas de RE se ha hecho en general de forma conjunta, salvo en Andalucía, Cantabria y la Comunidad Valenciana, en donde la Administración sanitaria ha establecido su propio sistema de RE.

La implantación de la RE ha supuesto la coexistencia de recetas generadas de forma electrónica con recetas emitidas en soporte papel, de forma más o menos automatizada. En la práctica, en todos los sistemas de RE existe un pequeño número de recetas médicas emitidas en soporte papel que hay que dispensar y facturar. Por esta razón algunos sistemas de RE, actualmente solo cuatro, permiten transformar dichas recetas en recetas electrónicas, de forma que las recetas en papel desaparecen de la facturación, quedando archivadas junto a las hojas que incluyen los precintos justificantes de la dispensación realizada. Sin embargo, tanto en Galicia como en Andalucía sí es necesario entregar las recetas en soporte papel en la facturación.

***Documentación a presentar por el paciente para poder retirar la medicación
(disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf)***

Todos los sistemas de RE requieren que el paciente aporte su TSI como documento identificativo para que las farmacias puedan dispensarle los medicamentos. Sin embargo, los documentos adicionales proporcionados en la consulta médica al paciente, y que también permiten su identificación, varían en función de las CCAA, siendo también necesario aportar para la dispensación en la farmacia la hoja de tratamientos activos que le es entregada al paciente tras la consulta médica en seis de ellas, y en solo dos de ellas es necesario aportar la orden de prescripción.

Las TSI de la mayoría de los sistemas de RE cuentan con banda magnética, solo tres llevan microchip. En seis de los sistemas ha habido que renovar ya algunas TSI. En solo tres de los sistemas de RE se impide teclear el número de la TSI para suplir el requisito de su presentación para poder retirar la medicación prescrita.

Formación

Ha sido necesaria la formación de los profesionales sanitarios que trabajan con el sistema de RE (médicos, farmacéuticos, personal de enfermería y personal administrativo), tanto en primaria como en hospitalaria. Sin embargo, las consejerías han excluido de dicha formación a los profesionales de la farmacia comunitaria, corriendo esta a cargo de los COF correspondientes.

Con respecto a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF)

Características de los sistemas informáticos de los COF

(disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf)

Muchos COF tienen ubicados sus sistemas informáticos en lugares diferentes a la sede colegial, bien en centros de datos contratados por ellos mismos, bien en las empresas que los mantienen o, incluso, algunos en las respectivas consejerías de salud.

Cada COF tiene contratado un servicio de mantenimiento con una empresa, predominando entre ellas Telefónica. Estos datos son considerados por algunos COF como sensibles y no han sido facilitados.

Contingencias. En todos los sistemas de RE existe una web de contingencias para la previsión de potenciales fallos y caídas del sistema, así como otros sistemas alternativos de conexión y seguridad de datos para la previsión de fallos del sistema. La gran mayoría de sistemas de RE tienen métodos de *backup*, excepto Extremadura.

Seguridad. Los datos de salud requieren el nivel más alto de seguridad, por lo que hubo que adaptar la RE a la LOPD, y por ello todos los modelos de RE identifican quién tiene acceso al sistema y cómo puede acceder. La mayoría de los aplicativos requieren autenticación para poder acceder a ellos y solo se accede a través de firma electrónica o bien con tarjeta digital, completándose en algún caso con código de cuatro dígitos o con certificados electrónicos.

Subvenciones y formación por los COF

(disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf)

Hay que destacar que la inversión realizada por las FC para adaptarse tecnológicamente a la RE ha sido sufragada prácticamente por ellas mismas, salvo en Extremadura, en las que han tenido ayuda económica. Sin embargo, no ha sido así en el caso de los COF, y en al menos seis de estos sistemas de RE algunos COF han recibido subvenciones para sufragar su implantación.

En el caso de los agentes de gestión farmacéutica (AGF), estos no han recibido ninguna ayuda económica, si bien su intervención en lo referente a la formación del personal de las FC ha sido imprescindible en todo el proceso de implantación de la RE.

Todas las FC españolas se han formado sobre la dispensación de RE a través de su COF correspondiente, completándose dicha formación mediante los AGF, que han adaptado sus aplicaciones de gestión de las farmacias a la RE.

Formación por AGF

(disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf)

Todos los COF, a excepción de algunos de Castilla-La Mancha, han realizado formación para sus colegiados en materia de RE. Esta formación ha sido realizada de forma presencial, salvo en algu-



nos colegios de Cataluña, de Madrid y Región de Murcia, en los que se ha realizado formación *on-line* o de tipo mixto (presencial + *on-line*). Toda la formación se impartió gratuitamente y prácticamente –salvo en Extremadura y Ceuta y Melilla– en varios horarios y días, con el fin de llegar a un mayor número de farmacéuticos. Solo en casos particulares (pilotaje, etc.) de farmacias de Islas Baleares, Canarias, Galicia y Cantabria se realizó esta formación de forma individual para cada farmacia.

En cuanto a los asistentes, la formación se impartió en general a farmacéuticos (adjuntos y titulares) y a técnicos de farmacia y parafarmacia, salvo en seis CCAA, en los que algunos COF solo formaron a farmacéuticos, es decir, a sus colegiados y no al resto del personal de la FC.

Con respecto a la farmacia comunitaria (FC)

Adaptación tecnológica de la farmacia a los modelos de RE

(disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf)

Para implantar la RE, las FC han tenido que adaptar sus instalaciones para comunicarse con las correspondientes consejerías. La adaptación ha dependido de múltiples factores, como la comunidad autónoma y el sistema de RE, el COF, la anterior situación tecnológica de la farmacia, el programa informático de gestión, la edad media del personal de la farmacia, etc.

Salvo en Andalucía, en el resto de España las FC están conectadas a las consejerías correspondientes a través de los COF.

En prácticamente la mitad de ellos, las FC requieren de una línea de comunicación exclusiva para esta comunicación, y en solo cuatro sistemas de RE las FC pueden elegir al proveedor de dicha línea.

En la práctica se observa un claro predominio de la empresa Telefónica (Movistar) como proveedora de dichas líneas de comunicación.

La mayoría de estas líneas de comunicación son telefónicas, si bien también pueden existir otras alternativas, como el ADSL, la fibra óptica, el 3G, etc.

El coste mensual de esta conexión oscila entre los 45 y los 200 €, dependiendo de las prestaciones que incluye el servicio de conexión contratado.

Inversión tecnológica

(disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf)

Para la adaptación tecnológica, las FC han tenido que invertir en la tecnología necesaria para hacer realidad esta red. El importe desembolsado por cada farmacia para adaptarse a los sistemas de RE en concepto de equipos informáticos, conexiones, comunicaciones, protección de datos, adaptación de los programas informáticos de gestión, etc. ha sido muy variado, dependiendo del equipamiento

previo de cada farmacia y de las exigencias de su sistema de RE. Las farmacias han tenido que invertir en determinados dispositivos, como son los lectores (de TSI, de firma electrónica, códigos de barra de las hojas de tratamiento activo...), los *routers* (necesarios para conectar los PC con la línea de RE de forma segura), las impresoras y los ordenadores (nuevos o actualizados con *software* y/o *hardware*). También han tenido que adaptar sus aplicaciones informáticas a esta nueva forma de dispensación.

Características de la responsabilidad de la dispensación

(disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf)

Personal que puede realizar la dispensación. Como es lógico, en todos los sistemas de RE la dispensación la puede realizar cualquier miembro del equipo de la farmacia bajo la supervisión de un farmacéutico responsable (adjuntos y titulares), excepto en Galicia, donde no se permite dispensar a los técnicos en farmacia y parafarmacia, pudiendo solo los farmacéuticos responsabilizarse de la dispensación.

Personal que puede firmar/responsabilizarse de la dispensación. Por su repercusión legal, es importante conocer cómo se responsabilizan los farmacéuticos españoles de la dispensación. Salvo en Andalucía, Extremadura, Islas Baleares y Cantabria, en las que solo existe una tarjeta de identificación colectiva para la farmacia y solo aceptan la responsabilidad de los medicamentos dispensados por parte del farmacéutico titular, en detrimento del farmacéutico adjunto, en el resto de sistemas en los que existe una tarjeta individual para cada farmacéutico, puede firmar cualquiera de ellos su correspondiente dispensación. Ningún sistema –salvo el extremeño– permite que el personal auxiliar firme la dispensación.

Identificación del personal que firma la dispensación. La identificación del personal que interviene dentro del sistema de RE en la farmacia puede ser, bien mediante tarjeta criptográfica individual de firma electrónica de cada farmacéutico, que lo identifica como el farmacéutico firmante responsable de la dispensación (solución que presentan seis de los 16 sistemas de RE), o bien mediante tarjeta única colectiva propia de cada farmacia, que no identifica de manera individual al farmacéutico dispensador, sino que solo identifica a la farmacia donde se realiza la dispensación, siendo en este caso la firma de las recetas realizada por el farmacéutico titular de dicha farmacia.

Una excepción sería Extremadura, por la no utilización de una tarjeta, sino a través de una dirección IP fija colegial que identifica a la farmacia. En estos casos, de forma interna, el personal se identifica a través de un usuario y una contraseña.

Plazos en los procesos de prescripción-dispensación

(disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf)

La duración máxima del tratamiento en los sistemas de RE suele ser mayoritariamente 12 meses, solo en tres sistemas de RE es de 6 meses. Tras la primera prescripción, en todos los sistemas de RE se activa inmediatamente la dispensación del medicamento prescrito, siendo la duración de la



prescripción en el sistema hasta su dispensación muy variable, oscilando entre los 5, 10 o 30 días, 3 meses o el plazo de fin del tratamiento o la nueva visita con el médico.

Una vez dispensado por primera vez un medicamento o producto sanitario la duración de la receta en el sistema de RE suele variar, dependiendo del sistema de RE, entre 1, 3, 6 meses o hasta fin de tratamiento. La validez del plazo de dispensación tras la fecha de prescripción también es muy variable, desde los 10, 20, 30 días, 2 meses o hasta nueva revisión en consulta médica.

Características del proceso de dispensación

(disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf)

Plazo para firmar la dispensación. El plazo es variable y depende de cada comunidad. En la mayoría el plazo es flexible desde el momento inmediato siguiente a la dispensación hasta el día de la facturación mensual, normalmente el último día del mes en el que se ha realizado dicha dispensación. En otros casos, aunque no es lo más habitual, es inmediato, en el momento en que se dispensa (Galicia, País Vasco, Madrid, Ceuta y Melilla, Extremadura) se queda firmada, o bien cada 48 horas (Cataluña) o 72 horas (Canarias), incluso 2 meses, como en Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana, que es el plazo de facturación establecido en ellas.

Por tanto, en la mayoría de los casos la firma se puede realizar según criterio, diariamente, cada tantos días, semanalmente, quincenalmente o una sola vez al mes.

En tratamientos crónicos la duración máxima en la que la prescripción está activa es variable y va desde 3 meses en Canarias, pasando por 6 meses en Asturias o Castilla-La Mancha y hasta un máximo de 12 meses en el resto. En Cantabria es hasta la fecha de revisión.

En tratamientos de inicio la disponibilidad de la medicación es inmediata, pero el tiempo en el que esa prescripción está activa es variable: 10 días en cinco comunidades, 1 mes en Castilla-La Mancha, 3 meses en Canarias y hasta fin de tratamiento en Extremadura.

En algunas comunidades se puede retirar la medicación unos días antes de que se termine el tratamiento, dando al paciente un margen de seguridad para que no se quede sin medicación.

Anulación de dispensaciones y plazo de anulación. En la mayoría de los sistemas permiten anular una dispensación ya realizada, excepto en Madrid y Extremadura.

Los plazos para anular varían, dependiendo del sistema, entre las 24, 48 o 72 horas, incluso en otras hasta final de mes en que se dispensan.

Anulación de una dispensación ya realizada: no se puede anular en el País Vasco.

El plazo de anulación es variable en el resto: 12 horas en Canarias, 24 horas en Islas Baleares, 48 horas en Andalucía o Galicia, 72 horas en Castilla-La Mancha o Asturias y en otras, incluso 1 mes o hasta la fecha de facturación del mes en que se han dispensado.

Proceso de facturación. La mayoría de los sistemas de RE requieren de una verificación o validación previa para facturar las recetas dispensadas, excepto Madrid y Navarra, en que la facturación es directa cuando se dispensan. En todos los sistemas de RE es necesario aportar a final de mes y como justificantes de las dispensaciones realizadas, los cupones precinto de los medicamentos y productos sanitarios dispensados. Estos precintos se adhieren a hojas de papel en el momento de la dispensación. El número de cupones precintos que se permite incluir en cada hoja varía entre 6 y 30 dependiendo del sistema de RE.

Homologación o visado de los medicamentos

(disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf)

Algunos de los medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica requieren para su dispensación de un visado de inspección previo o de una homologación de esa prescripción. En cinco sistemas de RE todavía no disponen de la utilidad propia necesaria para poder dispensarlos directamente y se ha de seguir como se realizaba hasta ahora, bien a través de un programa que permite a la propia farmacia realizar los visados –excepto la primera vez– o bien esperando a que sea visada de forma manual por la Administración sanitaria, al menos en la primera dispensación.

De entre los sistemas que permiten la dispensación de medicamentos y productos sanitarios sometidos a visado, solo el extremeño permite su dispensación de forma inmediata a su prescripción (en menos de 24 horas) o desde su prescripción. En el resto, el visado se realiza de forma diferida, tardando habitualmente, en función del sistema de RE, entre 24, 48, 36 o 72 horas.

Bases de datos utilizadas en RE para la prescripción y la dispensación

(disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf)

Las bases de datos utilizadas por las consejerías para la prescripción de medicamentos y productos sanitarios en RE son adaptaciones del nomenclátor del SNS, pero son casi todas diferentes y adaptadas al sistema de RE de cada una de las CCAA.

Las bases de datos utilizadas en la dispensación en la farmacia comunitaria son, en su mayoría, o bien el BOT Plus® o adaptaciones de este realizadas por la aplicación informática de gestión de la farmacia, que incluye también los precios vigentes de la respectiva comunidad autónoma.

Estupefacientes y libro recetario

(disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf)

Solamente los sistemas de RE de Ceuta y Melilla y País Vasco no permiten la dispensación de estupefacientes. Sin embargo, en el resto que sí lo permite hay algún sistema de RE, como el de Andalucía, que sigue requiriendo para su dispensación la receta oficial de estupefacientes en soporte papel.



Únicamente en cinco comunidades autónomas se puede llevar el libro oficial de estupefacientes a través del sistema de RE (Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha, Extremadura e Islas Baleares).

Sustitución de medicamentos

(disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf)

Ningún aplicativo permite la sustitución de medicamentos sin justificación previa. Las sustituciones deben ser realizadas por los farmacéuticos, si bien en algunos sistemas se permite que puedan realizarse por los técnicos en farmacia y parafarmacia bajo su supervisión, como en Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Islas Baleares y La Rioja.

Hay supuestos para realizarla. Los supuestos más comunes son desabastecimiento, urgente necesidad o administrativos, mientras que el resto (guardia, adherencia al tratamiento, etc.) son muy variables según el sistema de RE.

En lo que se refiere a la sustitución de medicamentos, todos los sistemas de RE permiten la sustitución de un medicamento prescrito por marca comercial por un medicamento genérico, indicando la causa y diligenciando la sustitución.

Con respecto a la atención farmacéutica (AF)

Información clínica necesaria para realizar la dispensación

(disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf)

Ninguno de los sistemas de RE de nuestro país permite el acceso ni a la historia clínica ni a ningún tipo de información clínica de los pacientes, ni siquiera con el permiso de este. Tampoco permiten conocer informaciones referentes a resultados analíticos, pruebas diagnósticas, test sanitarios y pruebas biomédicas. Igual ocurre con el conocimiento de situaciones fisiológicas especiales, como es el embarazo, alergias, reacciones adversas a los medicamentos (RAM), deportistas, interacciones o problemas de seguridad, a excepción de Islas Baleares, que solo permite el conocimiento de esta información en casos de embarazo, interacciones o problemas de seguridad.

En cuanto a la información sobre la farmacoterapia del paciente, prácticamente todos los sistemas permiten acceder al personal de la farmacia para conocer los medicamentos y productos sanitarios que constituyen el tratamiento activo del paciente en el momento de la dispensación. En algunos sistemas también permiten acceder además a la medicación anterior. Casi todos los sistemas permiten también conocer el plan de dispensación con la información referente a las fechas de las próximas dispensaciones. Sin embargo, ningún sistema proporciona la historia farmacoterapéutica del paciente, con indicación de los tratamientos activos y anteriores prescritos, junto con los problemas de salud para los que fueron indicados. La fecha desde la que se puede acceder y consultar a dicha información es variable y depende del sistema. Tampoco avisan en la dispensación de cuándo un medicamento ha sido prescrito por primera vez para un paciente.

Casi la mitad de los sistemas impiden la prescripción al médico de medicamentos no financiados sujetos y no sujetos a prescripción médica.

Comunicación con otros profesionales y bloqueo de la prescripción

(disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf)

La comunicación con otros profesionales sanitarios a través de los sistemas de RE solo se permite en nueve de los 16 sistemas de RE, estando esta comunicación restringida únicamente al médico de Atención Primaria. De los que permiten comunicarse con el médico, solo la mitad aproximadamente pueden hacerlo de forma inmediata.

En caso de que desde la FC se detectase alguna incidencia con la medicación prescrita, en la mitad de los sistemas de RE (Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Ceuta y Melilla, Comunidad Valenciana, País Vasco, Islas Baleares y Navarra) no sería posible hacer un bloqueo preventivo de la dispensación.

En los sistemas de RE en los que se permite el bloqueo de una dispensación, este suele ser inmediato. No obstante, en todos los casos es necesario justificar dicho bloqueo y, excepto en Aragón, el sistema envía un mensaje al médico prescriptor. En todos los casos es el médico el que puede desbloquear la dispensación, excepto en Aragón, que es el farmacéutico quien lo hace.

Avisos y alertas sanitarias en la dispensación

(disponible en http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf)

En ningún caso el farmacéutico puede introducir información al sistema de RE, ni del paciente, ni de su actuación como profesional sanitario. Además, los sistemas de RE no suelen aportar información adicional (alertas de seguridad y calidad de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios –AEMPS– o avisos que hubiese que tener en cuenta a la hora de dispensar los medicamentos al paciente) que el farmacéutico pueda necesitar para realizar correctamente la dispensación. Solo en Islas Baleares y en la Comunidad Valenciana se aporta este tipo de información.

Por otro lado, ningún sistema de RE permite establecer un sistema de aviso en pacientes con “riesgo”, como podrían ser pacientes que viven solos, que toman medicamentos complejos, que necesitan educación sanitaria o la utilización de sistemas personalizados de reacondicionamiento (SPD) para favorecer su adherencia, a excepción de Islas Baleares, que sí contempla estos avisos en caso de falta de adherencia.

Resultados de la encuesta a farmacéuticos comunitarios

El segundo cuestionario (*Análisis de la percepción que tienen los farmacéuticos comunitarios en España sobre la receta electrónica*) se realizó para conocer la opinión de los farmacéuticos comunitarios



españoles sobre la RE como herramienta de trabajo en la FC. En total accedieron a la encuesta 535 farmacéuticos comunitarios distribuidos por toda la geografía española, de los cuales 59 no pudieron finalizarla principalmente porque en su comunidad autónoma no tenían implantado en esa fecha el sistema de RE, por lo que en definitiva se cumplimentaron 476 encuestas.

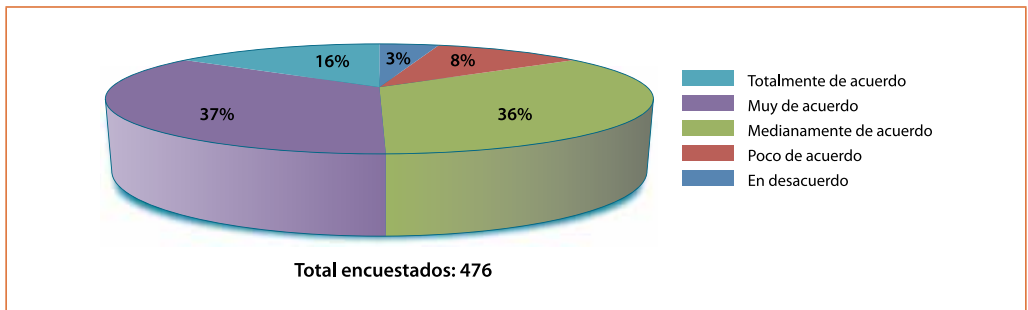
Los resultados, debido a su extensión, pueden consultarse en la dirección: http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf.

Como ya se ha comentado anteriormente, los farmacéuticos participantes expresaron su grado de satisfacción con las afirmaciones indicadas en la encuesta en una escala de 0 (en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo).

Los resultados más importantes de cada una de las afirmaciones realizadas son los siguientes:

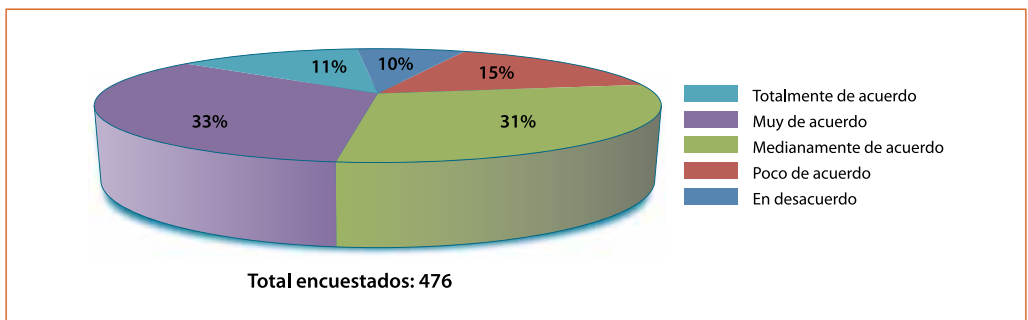
1.ª afirmación. El sistema de RE de mi comunidad autónoma es práctico.

La opinión mayoritaria (73%) es que los farmacéuticos comunitarios están muy o medianamente de acuerdo con esta afirmación, siendo aproximadamente el 3% los que están en desacuerdo.



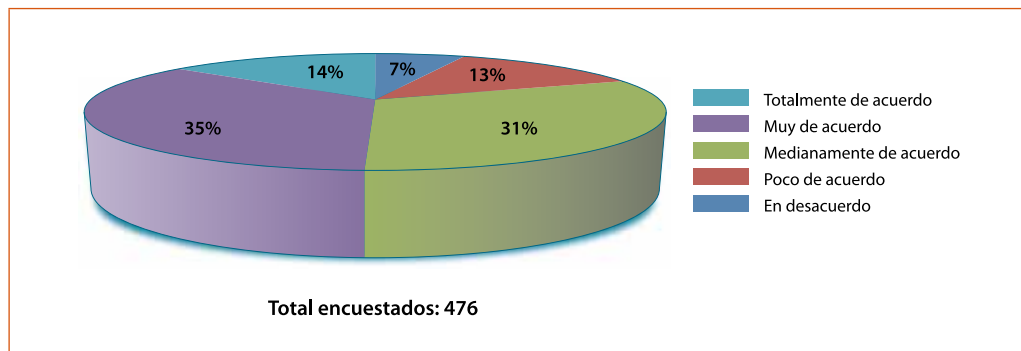
2.ª afirmación. La RE ha mejorado la forma de trabajar del farmacéutico y la dinámica de trabajo en la farmacia.

El 63% de los encuestados manifiesta estar medianamente o muy de acuerdo.



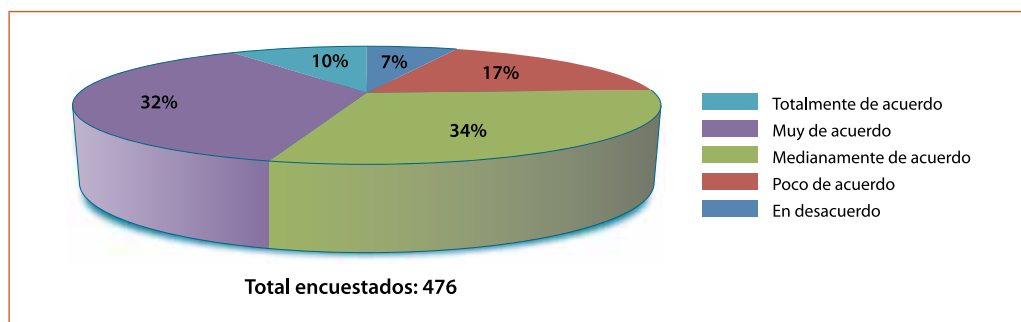
3.ª afirmación. Para la Administración sanitaria, desde tu punto de vista, la RE ha permitido mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y el uso racional de medicamentos.

Solo el 6% estaba en desacuerdo con esta afirmación, como se puede apreciar en la gráfica. La opinión mayoritaria de los encuestados (35,29%) es que están medianamente de acuerdo.



4.ª afirmación. La RE facilita el acceso del paciente a su medicación, especialmente en tratamientos crónicos, contribuyendo a mejorar la adherencia al tratamiento, el cumplimiento terapéutico y la obtención de la eficacia máxima de la medicación.

El 7,35% manifiesta estar en desacuerdo y el 10% totalmente de acuerdo. Siendo un 65,7% de las respuestas partidarias de la idea de mejora de adherencia que tienen los pacientes gracias a la RE.

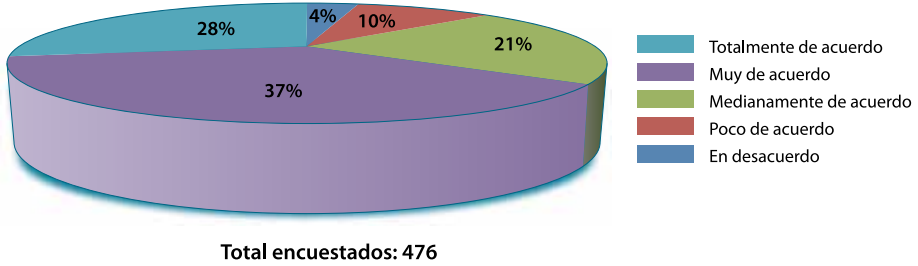


5.ª afirmación. La RE ha supuesto una mejora importante para el paciente.

El 83,6% de los farmacéuticos puntúa entre 1 y 3 esta pregunta, por lo que están medianamente de acuerdo con esta afirmación.

6.ª afirmación. El servicio de dispensación ha mejorado con la RE, aportando esta valor añadido y disminuyendo los errores humanos en la dispensación.

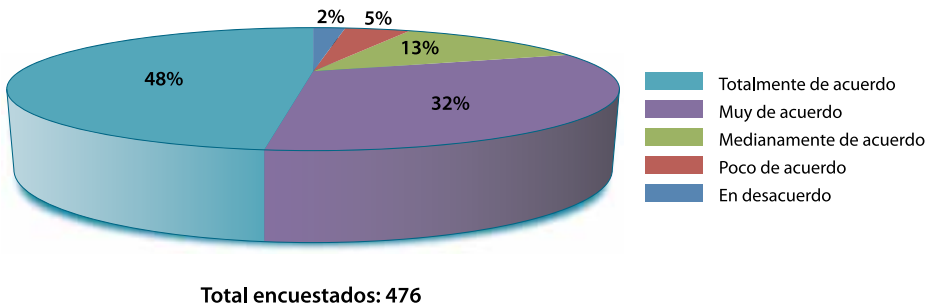
El 86,5% de los encuestados valora la mejora de la dispensación entre 2 y 4.



7.^a afirmación. Con alguna de estas aportaciones a la RE la dispensación de medicamentos mejoraría mucho.

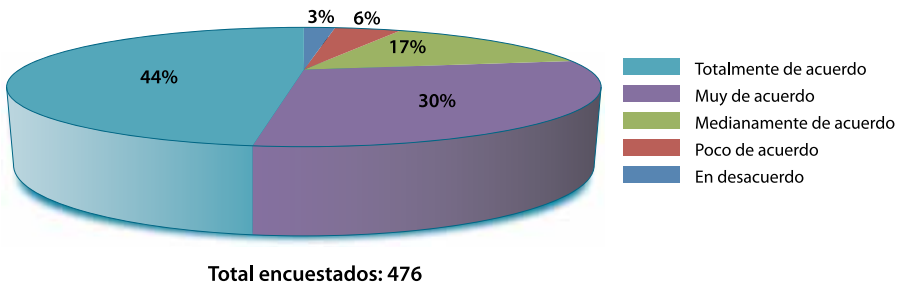
Acceder, consultar e introducir información en la historia clínica:

El 80% de los farmacéuticos le da gran importancia a la necesidad de poder acceder a la historia clínica (entre 3 y 4), frente al 2,31% que está en desacuerdo con dicha afirmación.



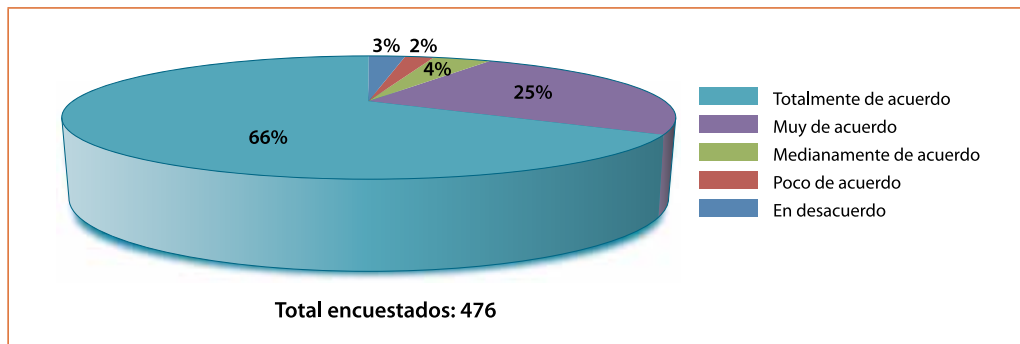
Acceso sin restricción y capacidad de introducir datos en la historia farmacoterapéutica:

El 43,90% de los farmacéuticos está totalmente de acuerdo con la necesidad de tener acceso sin restricciones a la historia farmacoterapéutica, frente a solo el 2,52% que está en desacuerdo con esa necesidad.



Comunicación directa con el médico; otros profesionales sanitarios e incluso con el paciente:

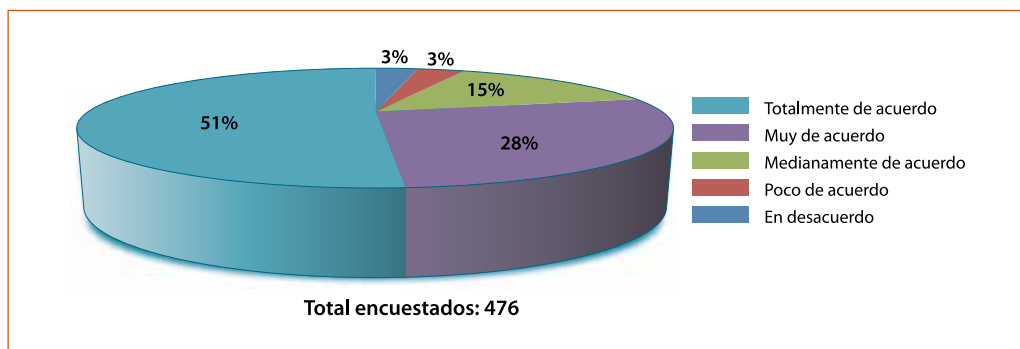
El 91,5% estaba muy de acuerdo o totalmente de acuerdo con esta afirmación y solo un 2,73% está en desacuerdo.

**Acceso a datos complementarios: analíticas, pruebas biológicas, alergias, etc.:**

El 79% estaba muy de acuerdo o totalmente de acuerdo con esta afirmación, frente al 3,78% que no está de acuerdo.

Posibilidad de modificar la dispensación diligenciando la receta y con permiso del paciente:

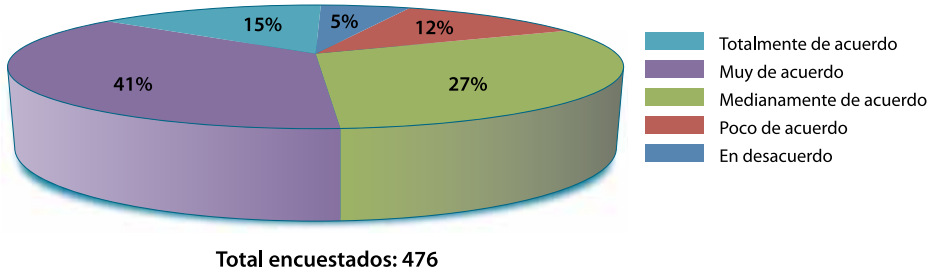
Tan solo el 6,51% de los encuestados está poco de acuerdo o en desacuerdo, frente al 93,48% que está mayoritariamente muy de acuerdo.

**8.ª afirmación. Con la RE el servicio de indicación farmacéutica mejora significativamente.**

Un 75,84% de los encuestados puntúa la mejora del servicio de indicación entre 2 y 4 puntos.

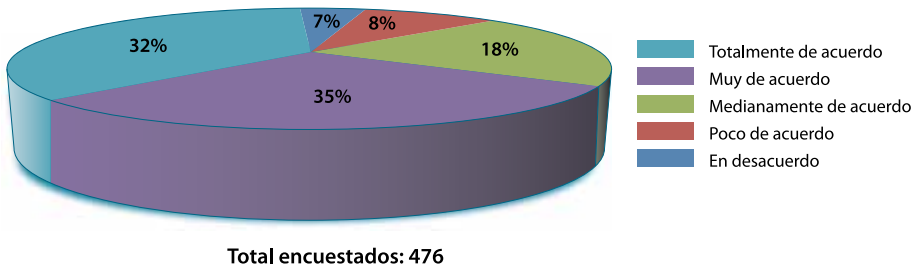
9.ª afirmación. La RE hace que sea mucho más fácil hacer seguimiento farmacoterapéutico (SFT).

Solo el 4,83% de los farmacéuticos está en desacuerdo con esta afirmación.



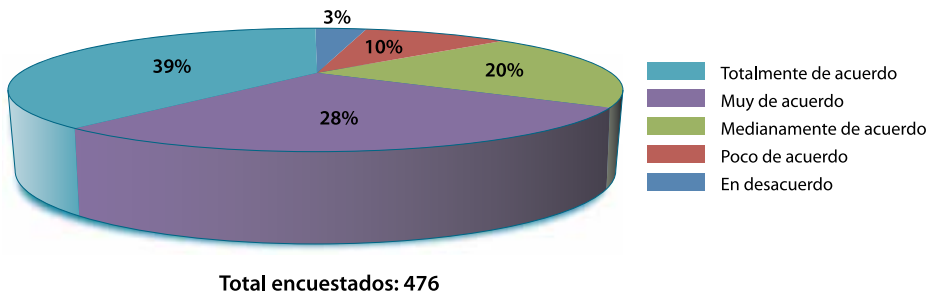
10.ª afirmación. La RE ha contribuido a disminuir los trámites burocráticos y facilitado la facturación al sistema sanitario.

Solo el 14,7% estaba en desacuerdo o poco de acuerdo con esta afirmación.



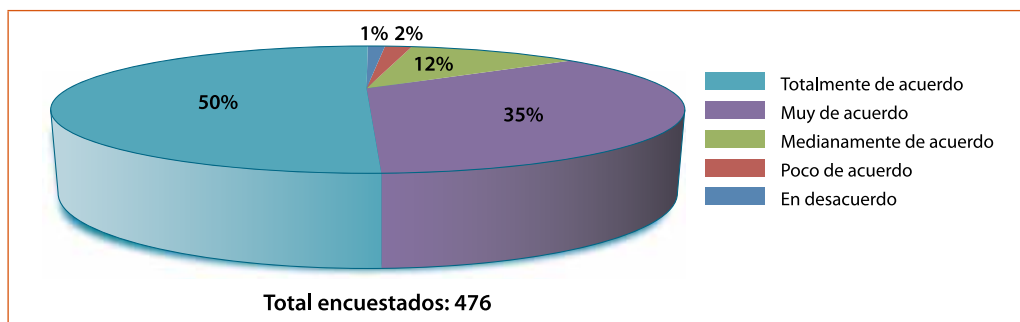
11.ª afirmación. Con la RE han aumentado los costes para la farmacia.

El 86,34% está entre medianamente de acuerdo y muy de acuerdo, un 10% está poco de acuerdo y solo un 3,57% manifiesta estar en desacuerdo.



12.ª afirmación. La RE, en este momento, tiene implantada la parte administrativa, pero muy poco la vertiente sanitaria asistencial.

Solo el 1,26% estaba en desacuerdo con esta afirmación, frente al 50,42% que está totalmente de acuerdo con ella.



A continuación se les pidió a los encuestados que indicasen tres ventajas y tres inconvenientes de la RE tanto para el farmacéutico comunitario como para la farmacia.

Los resultados de sus aportaciones agrupadas de acuerdo con su frecuencia fueron:

Principales ventajas para el farmacéutico comunitario:

- Disminución de errores en la interpretación de las recetas.
- Mejora en cuanto a la gestión administrativa (facturación más rápida y sencilla).
- Acceder a la medicación del paciente.

Principales inconvenientes para el farmacéutico comunitario:

- Dependencia absoluta de medios técnicos, a menudo falla el sistema y no hay alternativa para poder dispensar la medicación.
- Coste adicional excesivo asumido por el farmacéutico (papel, línea, tóner...).
- No permite acceso al historial clínico del paciente.

Principales ventajas para la farmacia:

- Facturación sencilla y rápida y menor burocracia.
- Disminución de errores en la interpretación de las recetas.
- Nos cohesionan más como parte del sistema de salud de cara al paciente.

Principales inconvenientes para la farmacia:

- Lentitud en el proceso de dispensación.
- A nivel administrativo, seguir recortando cupones, contar recetas y enviar cajas.
- No se pueden leer tarjetas de otras CCAA.

Por último, en la encuesta se dejó un espacio para que los farmacéuticos comunitarios participantes dejaran, si así lo deseaban, comentarios adicionales. Los comentarios de los encuestados fueron variados, si bien alrededor de un 70% apuntaba a que el sistema de RE debería mejorar (especialmente en el desembolso económico por parte del farmacéutico, en la lentitud del servidor y en la posibilidad de acceder al historial clínico del paciente).

En la dirección electrónica: http://sefac.org/anexos/receta_electronica/receta_electronica_anexos.pdf se pueden consultar el resto de respuestas y comentarios de los encuestados.

Discusión

Con respecto a la Administración sanitaria de cada comunidad autónoma

Como se ha comentado anteriormente, el programa *Sanidad en Línea*, iniciado en 2006 con la colaboración del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo y las CCAA, tenía como objetivo la aplicación de las TIC en el ámbito sanitario; es decir, implantar la sanidad digital. La introducción de la RE en el sistema sanitario tenía como objetivo una integración en un solo sistema de los datos sanitarios de los pacientes: historia clínica, historia farmacológica, datos de prescripción, de dispensación, así como mejorar y unificar el trabajo de todos los profesionales sanitarios implicados, y, sobre todo, una mejora importante para el paciente. Sin embargo, a raíz de los resultados obtenidos en este estudio a través del análisis del grado de implantación y las características de cada uno de los sistemas de RE existentes en España, se puede decir que este objetivo todavía no se ha alcanzado.

A nivel de la Administración sanitaria de cada comunidad autónoma, el proyecto de implantación de la RE ha supuesto un gran avance para los gobiernos autonómicos, pero también un gran esfuerzo en lo que respecta a la planificación y al plano legislativo, tecnológico y económico.

Planificación

En cada comunidad autónoma ha sido necesario evaluar y definir el modelo de RE a implantar, analizar, evaluar y validar el proyecto piloto, así como extenderlo al resto de las FC. También ha sido necesario integrar los diferentes sistemas de información sanitaria mediante la creación de una red integrada por consejería, centros de Atención Primaria, COF, FC, centros de Atención Especializada y centros de Atención Sociosanitaria, coordinar a los diversos actores implicados, evaluar el sistema de prestación farmacéutica, elaborar una base de datos de medicamentos y productos sanitarios y planificar los procesos de prescripción y dispensación electrónica.

El resultado es que actualmente la fase de implantación de los sistemas de RE todavía no ha finalizado totalmente a nivel de Atención Primaria y mucho menos a nivel de Atención Especializada

(ambulatoria y hospitalaria), y está por comenzar a nivel de prestación ortoprotésica. Tampoco se han integrado las mutualidades como MUFACE, ISFAS y MUGEJU, que aglutinan un gran número de pacientes, si bien MUFACE ya está desarrollando un proyecto piloto en Extremadura tanto con el Sistema Extremeño de Salud como con entidades médicas de seguro libre, que son los lugares donde se presta la asistencia sanitaria a sus mutualistas y beneficiarios.

El esfuerzo realizado se ha concretado en la materialización de una serie de mejoras en la prestación farmacéutica, como son el conocimiento en tiempo real de las prescripciones realizadas, el control del gasto y la corrección del fraude. No obstante, a nivel de la FC, hubiera sido deseable una mayor colaboración en el diseño de las aplicaciones con el fin de satisfacer las necesidades también de aquellos que han de utilizarlas. Por otro lado, es poco explicable la falta de planificación y coordinación a la hora de abordar los sistemas de RE, ya que en el estudio se echa de menos la falta de experiencia y de sinergias entre los diferentes sistemas, de forma que debería de haberse visualizado una mejora de los sistemas más modernos respecto de los más antiguos, mientras que en la práctica en muchas ocasiones adolecen de los mismos inconvenientes o de la falta de funcionalidades.

En cuanto a la formación, el no haber realizado una formación conjunta de todos los profesionales sanitarios implicados en el proceso de prescripción-dispensación ha sido otra oportunidad perdida para que todos ellos recibiesen juntos un único mensaje durante la formación y conociesen cómo funciona el sistema de forma completa. Esto hubiera permitido solucionar mejor los problemas que posteriormente han ido surgiendo y que todavía hoy surgen en la práctica diaria, ya que conocer las limitaciones, problemas y consecuencias de las actuaciones en el sistema para el resto de profesionales es muy importante a la hora de trabajar con un nuevo sistema de prescripción y dispensación.

Plano legislativo

A nivel estatal fue necesario elaborar y modificar la legislación que era necesaria para la implantación de la RE y así adaptarla a los nuevos requerimientos de receta electrónica, y para ello se promulgó el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, que recientemente ha sido modificado por el Real Decreto 81/2014⁽²⁶⁾. Pero además, cada comunidad autónoma ha tenido que modificar su propia legislación para adaptarla a la normativa de RE y especificar las condiciones en que las FC ubicadas en ellas colaborarán en la implantación del sistema de RE.

Los resultados obtenidos sobre la implantación de los sistemas de RE en las CCAA indican que cada una de ellas ha ido desarrollando su sistema independientemente del resto y a su propia velocidad, lo que ha llevado finalmente a una situación de coexistencia de prácticamente 18 sistemas diferentes de RE, presentando entre ellos una gran heterogeneidad a diferentes niveles:

- A nivel temporal no ha existido un calendario uniforme de implantación de los sistemas de RE; de hecho, actualmente todavía hay uno que no ha comenzado, algunos que están finalizando la implantación, otros implantados desde hace meses y otros finalizados desde hace años.

- A nivel técnico, tanto los requerimientos técnicos como funcionales, si bien son parecidos al presentar características básicas comunes, son diferentes entre sí. Las TSI son diferentes, al igual que las recetas médicas electrónicas, y los procedimientos para la dispensación son también diferentes.
- A nivel de implantación en los servicios sanitarios, la implantación en los diferentes niveles asistenciales tampoco se ha completado en un número importante de autonomías.

En relación con la implantación de los sistemas de RE en España, los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con los datos que proporciona el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el mes de octubre de 2014 en su *Informe de situación: Proyecto de interoperabilidad de la receta electrónica en el SNS*⁽³²⁾, presentado en el Consejo Interterritorial de 14 de enero de 2015, y en lo que respecta a nivel de Atención Primaria la fase de implantación está prácticamente finalizada en casi todas las CCAA, salvo en Madrid, donde está próxima a su finalización con un porcentaje superior al 70%, y en Castilla y León, en la que todavía está por comenzar su implantación, aunque se ha anunciado un piloto. En Región de Murcia recientemente se ha informado de la finalización del proceso de implantación total de la RE en Atención Primaria.

CCAA	% CS		% C.º		% OF		% AE		% eRecetas	
	Agos. 14	Oct. 14	Agos. 14	Oct. 14	Agos. 14	Oct. 14	Agos. 14	Oct. 14	Junio 14	Agos. 14
Galicia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98,32
Baleares	100	100	100	100	100	100	100	100	96,31	95,76
Andalucía	100	100	100	100	100	100	100	100	96,09	96,22
Valencia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98,18
Extremadura	100	100	100	100	100	100	100	100	90,94	91,11
País Vasco	100	100	100	100	100	100	100	100	83,47	81,35
Castilla-La Mancha	100	100	100	100	100	100	100	100	69,90	71,90
Cataluña	100	100	100	100	100	100	98,33	100	93,60	94,59
Cantabria	100	100	100	100	100	100	66,67	100	77,08	75,45
Canarias	100	100	100	100	100	100	0	0	94,19	96,17
Navarra	100	100	100	100	100	100	0	0	89,96	90,34
Aragón	100	100	100	100	100	100	0	0	87,13	86,72
INGESA	100	100	100	100	100	100	0	0	30,98	33,94
La Rioja	0	100	0	100	0	100	0	0	0	32,88
Madrid	62,50	62,50	99,38	99,38	90,41	94,06	0	0	19,35	25,81
Asturias	64,71	79,41	45,70	79,47	100	100	0	0	24,86	32,85
Murcia	4,88	12,20	4,95	9,34	3,53	11,11	0	0	1,26	1,53
Castilla y León ⁽¹⁾	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SNS	89,15	89,58	50,78	52,56	88,59	89,35	68,33	66,21	73,56	76,05

⁽¹⁾ Inician la implantación en el último trimestre de 2014.

CS = Centro de Salud; C.º = Consultorio; OF = Oficina de Farmacia; AE = Atención Especializada; eRecetas = recetas electrónicas.

■ Implantación al 100%

■ En extensión

■ Pendiente abordar

■ Piloto

Fuente: Informe de situación de la RE en el SNS a octubre de 2014 (MSSSI).

Sin embargo, lo más preocupante de la implantación es que, por un lado, los sistemas de RE no son interoperables entre sí, lo que implica una discontinuidad en la prestación farmacéutica habitual cuando el paciente transita a través de las diferentes CCAA (situación muy frecuente en fechas señaladas y meses estivales), e incluso cuando se produce una transición entre niveles asistenciales dentro de una misma comunidad autónoma y, por otro, que ha cambiado la orientación de la RE desde objetivos sanitarios y asistenciales hacia objetivos más administrativos y de gestión y control del gasto sanitario y del gasto público en medicamentos.

Esta realidad tiene su explicación si se tienen en cuenta las competencias de las CCAA en la gestión y ordenación sanitaria de sus respectivos territorios, el incumplimiento de unas directrices comunes en las que se definieran unas características, plazos y requerimientos tecnológicos comunes para todos los sistemas de RE, así como el hecho de que no se ha producido la finalización del desarrollo e integración de todos los sistemas de RE, requisito necesario para poder así establecer los servicios de interoperabilidad que permitan intercambiar información de las recetas de los pacientes y adoptar los criterios comunes de relación entre profesionales y pacientes entre todas las CCAA.

Es de esperar que con la publicación del Real Decreto 702/2013⁽²⁸⁾, que establece un formato único y común de TSI para todo el SNS, se dé el primer paso en este sentido y se avance en la interoperabilidad. De hecho, según la Agenda Digital para España⁽³³⁾, que establece el desarrollo de un Plan de servicios públicos digitales, en el primero de sus ejes (Programa de Salud y Bienestar Social) se persigue favorecer y fomentar un uso más eficiente e intensivo de las TIC en el seno del SNS, así como aprovechar el potencial tractor de los proyectos tecnológicos aplicados a la sanidad para mejorar la competitividad del sector, estableciendo como objetivo del plan de sanidad el desarrollo de servicios sobre HCD y RE, la extensión de la RE interoperable a todas las CCAA en 2015 y la puesta a disposición de los ciudadanos de la historia clínica a través de internet.

Es evidente que los plazos no se están cumpliendo y que todavía hará falta algún tiempo más para poder alcanzar el objetivo inicialmente propuesto.

No obstante, la aprobación del Real Decreto 81/2014, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y que modifica el Real Decreto 1718/2010, sobre receta médica y órdenes de dispensación, podría acelerar estos plazos. Así parece ser, pues ya están participando activamente en el pilotaje del proyecto de interoperabilidad de la RE del SNS (RES-NS) tres CCAA (Canarias, Extremadura y Cantabria), esperándose que la implementación de la RE interoperable en todo el SNS esté finalizada para diciembre de 2016⁽³²⁾.

A este respecto, ya en una encuesta realizada a farmacéuticos comunitarios en 2009 sobre la RE⁽³⁴⁾, se indicaba que el 97% de los farmacéuticos no había visto cumplidas sus expectativas y que –en relación con la interoperabilidad de la RE entre las diferentes CCAA– había que mejorar.



Plano tecnológico

En prácticamente todas las CCAA la implantación de los sistemas de RE, como no podía ser de otra forma, se ha hecho de manera conjunta y consensuada entre la consejería y el COF, si bien los requerimientos técnicos necesarios fueron establecidos por técnicos de la consejería, lo que ha propiciado la firma –en muchos casos– entre ambos de nuevos conciertos que recogen de manera detallada estos nuevos requerimientos.

A nivel de comunicaciones ha habido un importante desarrollo tecnológico que ha dotado de material informático (ordenadores, portátiles, terminales ligeros, impresoras, estaciones de diagnóstico, monitores de alta resolución, servidores, TB de almacenamiento, etc.) a centros sanitarios (hospitales, consultorios, centros de especialidades...) y los ha conectado entre sí. Se han creado nodos de comunicación y desarrollado aplicativos informáticos, sistemas de copias de seguridad y planes de contingencia ante las posibles incidencias y potenciales fallos del sistema con el fin de copiar, comprimir, cifrar y transportar los datos a los servidores del proveedor del servicio en caso de diferentes problemas de conexión o pérdidas de datos. La conexión de datos y la información contenida en el sistema de RE, en la mayoría de las comunidades –si bien también es variada– se realiza entre la consejería y las FC a través de nodos colegiales, a excepción de Andalucía, en donde la conexión es directa entre la consejería y las FC.

En lo referente al diseño de los aplicativos informáticos, este también ha sido variado, aunque basándose en las directrices marcadas por los técnicos de las consejerías, ya que los datos de salud están protegidos con el nivel más alto de seguridad. Este despliegue tecnológico ha propiciado la aparición y participación de otros agentes externos constituidos por empresas especializadas en informática y comunicaciones que han asesorado y propuesto las necesidades tecnológicas de RE para cumplir con los requerimientos técnicos establecidos, siendo realizados en unos casos por empresas externas, en otros por la propia consejería, y en otros, en conjunto entre consejería y COF.

En casi todas las comunidades la TSI es la puerta de entrada en el sistema, lo que permite el acceso del paciente al sistema sanitario y que el médico asigne a ese paciente y grabe en el sistema la información sobre el tratamiento y las recetas prescritas. En cuanto a la documentación necesaria que debe aportar el paciente en la farmacia para retirar los medicamentos prescritos, los sistemas de la RE basan el acceso del asegurado al sistema sanitario a través de su propia TSI y/o –dependiendo de cada sistema– de otro documento (hoja de medicación activa con código de barras, orden de dispensación o plan de dispensación con código de barras) entregado por el médico tras la prescripción. Esta disparidad, como ya se ha comentado anteriormente, impide la dispensación de RE en otras CCAA diferentes a la comunidad en la que se ha realizado la prescripción.

En cuanto al formato de las TSI, la mayoría presentan una banda magnética, lo cual plantea un problema en cuanto a su lectura y deterioro, que obliga a su renovación. Algunas CCAA evitan este problema utilizando tarjetas con un chip, aunque este pueda en un primer momento ser más caro que la banda magnética, o incluso un código de barras. No obstante, ante el deterioro, pérdida o robo de la TSI, lo que está previsto en casi todos los sistemas de RE para acceder al sistema y así poder retirar la medicación, es teclear manualmente el número de la TIS. Sin embargo, existen sistemas que impiden esta posibilidad y como consecuencia crean un problema al paciente, pues en la práctica existen varias situaciones habituales en las que la tarjeta no se puede mostrar en la farmacia (robo, extravío, etc.) o bien puede fallar en su lectura, ha sido modificada, etc., lo que no hace más que crear un problema al paciente para que este pueda acceder a su tratamiento y serle dispensada su medicación. En este sentido, la iniciativa andaluza de utilizar el DNI electrónico como otra forma de acceso al sistema es un ejemplo de optimización de recursos y simplificación de requisitos para el paciente, al permitirle al paciente utilizarlo en la atención sanitaria como documento válido a efectos identificativos.

Plano económico

La implantación de la RE ha sido muy costosa para el erario público, la inversión prevista para el desarrollo del programa *Sanidad en Línea*⁽³⁷⁾ fue de 448 millones de euros, de los cuales la Administración General del Estado aportaba el 54,29% y las CCAA, el resto. Además contaba con financiación del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) (2007-2013). *Sanidad en Línea* se estructuró en dos fases: la primera se llevó a cabo en el periodo 2006-2010 y contó con un presupuesto de 252 millones de euros, de los cuales red.es aportó 140 millones, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 1 millón de euros y las CCAA, 111 millones de euros. La segunda fase contó con un presupuesto de 195,2 millones de euros, de los cuales el Ministerio de Industria, Energía y Turismo aportó 55 millones de euros; el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 46,6 millones de euros y las CCAA 93,6. Sin embargo, a día de hoy los sistemas de RE y HCD siguen sin ser interoperables, lo cual resulta decepcionante después del tiempo y los recursos económicos invertidos, especialmente en estos años, en los que se han producido diferentes medidas (copago, etc.) con el fin de apuntalar la sostenibilidad del SNS.

Para terminar este apartado es conveniente señalar la falta de datos publicados que valoren el impacto económico de la RE tanto a nivel de resultados en salud (morbilidad, mortalidad, calidad de vida) como de calidad de la asistencia (frecuentación, reingresos, etc.). A excepción de otros sectores, en el sector sanitario la innovación tecnológica no suele ir asociada a una reducción de costes y a una mejora de resultados en salud, aunque aumentan la transparencia, facilitan la evaluación y la identificación de medidas o instrumentos de gestión eficientes⁽³⁸⁾. No obstante, sería interesante conocer el impacto de la RE sobre el gasto público en medicamentos, que, según algunos estudios, podría incrementarlo en las etapas iniciales⁽³⁹⁾, así como si puede ser una variable predictora de su incremento⁽⁴⁰⁾.

Con respecto a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF)

Para la implantación de la RE los COF también han tenido que realizar un gran esfuerzo en lo que se refiere a recursos humanos, tecnológicos y económicos, pues han tenido que adaptarse a las nuevas funciones de su correspondiente sistema de RE.

Planificación

El papel de los COF como nodo de comunicación ha supuesto tener que realizar un gran esfuerzo y asumir la infraestructura tecnológica necesaria para convertirse en el nodo de conexión entre las FC y la consejería. Por otro lado, los COF en todas las CCAA han soportado y liderado el gran proceso de cambio que ha supuesto la implantación de la RE en las FC. Han tenido que desarrollar planes de contingencia, líneas de comunicaciones, adaptar la tecnología informática (tanto en *software* como en *hardware*), adaptar las instalaciones colegiales, dotarse de los recursos humanos necesarios para dar soporte a todo ello y a las FC, con todo lo que ello implica (formación de personal, contratación de personal especialista en informática y/o contratación de empresas externas para estas necesidades, etc.), sin olvidarnos de los recursos económicos que ello ha consumido.

Hay que destacar el gran esfuerzo desarrollado en planificar y garantizar la seguridad de los datos sanitarios de los pacientes, así como en atender y dar soporte y asesoramiento a las FC y la formación y adiestramiento de los farmacéuticos en el manejo del aplicativo informático de RE.

Tecnología

La implantación de la RE ha supuesto la necesidad de conectar farmacias y consejerías con el fin de comunicar datos e información. En la mayoría de las CCAA, se realiza a través de nodos colegiales, salvo Andalucía, donde la conexión es directa entre consejería y FC.

En muchos casos la ubicación de los servidores colegiales ha sido localizada en centros especializados y en muchos casos ha sido reforzada con otro servidor ubicado en distinto lugar del principal para prever posibles problemas de funcionamiento de este. También ha habido de contratarse las líneas de comunicación entre consejería y COF y entre COF y FC, así como empresas o personal de mantenimiento de toda esta tecnología.

Ha sido necesaria la implantación y adaptación a los equipos y programas de sus correspondientes planes de contingencia para solventar con prontitud todos los posibles fallos que podrían afectar al funcionamiento de la RE: fallos eléctricos en sus instalaciones y equipos, problemas en sus líneas de comunicación, caídas y colapsos del sistema, recuperación de datos perdidos o cualquier otra eventualidad en lo que se refiere a este campo.

Recursos humanos

Para asumir este liderazgo los COF han tenido que adaptar al personal ya existente o contratar personal especializado. Los procesos de facturación manual han coexistido con los de receta en papel, pero han disminuido en gran medida, por lo que hay que reubicar y formar a este personal excedente para realizar otras tareas. Por otro lado, hay que contratar personal especializado en TIC para adaptar la nueva tecnología.

Otra de las misiones que ha recaído sobre los COF ha sido encargarse y liderar la formación de todos sus farmacéuticos comunitarios en el correspondiente sistema de RE, organizando cursos presenciales, gratuitos y en diferentes horarios con el fin de facilitar su realización, así como el asesoramiento y soporte en relación con la RE, tanto en los proyectos piloto (enviando personal especializado de manera individualizada a las farmacias implicadas), así como realizando formación individualizada en las farmacias participantes y con la creación y mantenimiento de webs y teléfonos de soporte y atención a la farmacia en lo referente a la RE. En algunos casos, aunque no han sido los más frecuentes, la formación presencial se ha completado con formación *on-line*, con archivos formativos en PDF. En este sentido, en muchos casos han contado con la colaboración de las empresas responsables del mantenimiento de las aplicaciones informáticas de gestión utilizadas en las farmacias.

Economía

A nivel económico, los COF han tenido que realizar una importante inversión en medios tecnológicos, que ha incluido desde la adquisición y mantenimiento de servidores, tecnología informática (*software* y *hardware*), instalaciones colegiales necesarias o adaptación de las ya existentes, líneas de comunicación, etc., hasta incluso la contratación de los recursos humanos necesarios para dar soporte a todos estos cambios.

El abordaje de esta inversión ha redundado en un gasto económico muy elevado, que, salvo algunos casos aislados en que ha existido alguna ayuda o subvención para el desarrollo de la fase piloto o para la adquisición de tecnología, ha sido sufragado íntegramente por los colegiados. Este hecho es, cuanto menos, censurable y, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, hubiera sido muy razonable la percepción por los COF de ayudas para la implantación de la RE.

Algunas de las ventajas que ha supuesto la implantación de la RE para los COF son:

- Disponer de una red corporativa a la que están unidas todas las farmacias.
- Reducir considerablemente los recursos necesarios para la facturación.
- Mejorar la comunicación con la Administración sanitaria.



- Reducir el uso de papel.
- Tener la información de la facturación al instante y en formato digital.
- Reducir litigios y disputas por facturación.
- Facilitar la facturación, el abono y la revisión de las recetas.
- Capacidad para gestionar y dotar a los colegiados de firma electrónica.

Sin embargo, pese a estas ventajas y a las posibilidades que brinda disponer de una red informática colegial a la que están conectadas todas las farmacias, no se está aprovechando todo su potencial para el desarrollo de servicios colegiales, especialmente de aquellos relacionados con tareas asistenciales, quedando restringida actualmente su utilización a dar soporte al sistema de RE.

Con respecto a la farmacia comunitaria (FC)

La adaptación de la FC a la RE ha supuesto un gran cambio en la metodología de trabajo del servicio más demandado en la farmacia, que es la dispensación de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos, ya que han surgido nuevos procesos, términos, requisitos y equipamiento ajenos al trabajo habitual realizado en las FC.

Planificación

Hubo que planificar la modificación más importante que ha supuesto la RE: el cambio de soporte de la receta médica de papel a documento digital. Pero además también ha tenido que adaptarse a cambios del personal de la farmacia, a la prescripción por principio activo, a las modificaciones de los precios de medicamentos y de su financiación, a la participación de los pacientes en el pago de los medicamentos, a la dificultad para la sustitución de medicamentos, y cómo no, a los cambios en el funcionamiento de la farmacia en lo referente a horarios, carga asistencial, frecuencia, educación e información sobre la RE al paciente y usuario, para los cuales el personal de la farmacia ha sido y es su interlocutor durante la implantación de la RE.

Tecnología

La RE ha supuesto la necesidad de dotar a la FC de los medios técnicos necesarios para su adaptación, en especial en lo referente a la conectividad, de forma que se ha producido una adaptación tecnológica importante que ha permitido disponer de redes estables, seguras y con un alto nivel de protección. Además, ha sido necesaria una actualización constante de los aplicativos informáticos de gestión utilizados en la FC.

El equipamiento tecnológico, en lo que se refiere al *hardware*, que ha sido necesario adquirir o ampliar, ha sido muy variable en función del sistema de RE de cada comunidad autónoma e incluye equipos informáticos, lectores de tarjetas sanitarias de pacientes, lectores de tarjetas de firma electrónica, lectores de código de barras, impresoras de *tickets*, impresoras de hojas justificantes de la dispensación donde adherir los cupones precintos, aparatos necesarios para las comunicaciones (*routers*, *switchs*, módems, etc.), sistemas de alimentación ininterrumpida, discos de almacenamiento externos para copias de seguridad, etc., así como sus consumibles y mantenimientos correspondientes. Dentro de las posibles incidencias que la farmacia ha de prever están el apagón eléctrico y las bajadas de tensión, caídas y colapsos del sistema, problemas de conexión en las vías de comunicación de la RE y también la pérdida de datos mientras se está dispensando y se produce alguna de estas incidencias. Para evitar estas pérdidas, la mayoría de las farmacias han establecido copias de seguridad periódicas tanto externas como internas o disponen de sistemas de alimentación ininterrumpida. Salvo raras excepciones, estos dispositivos de seguridad están contemplados en casi todos los aplicativos de RE de la mayoría de las CCAA.

A nivel de comunicaciones ha sido necesario planificar los requerimientos técnicos para extender la RE y dar servicio a toda la población, siendo complicado en muchas ocasiones hacerlo en el medio rural, dada la dificultad añadida por sus características de distanciamiento y dispersión poblacional. El tipo de conexión de la farmacia al sistema de RE depende de la localización de la farmacia, factor que ha condicionado el amplio abanico de sistemas de comunicación que se han utilizado (cable, ADSL, RDSI, satélite, "pincho", etc.) y que influyen en la velocidad de transmisión de los datos y en el precio de la conexión, ya que todavía existen municipios en los que no es posible instalar algunos tipos de comunicaciones por falta de cobertura. En todas las farmacias ha sido necesario habilitar una línea de comunicación para RE con sus requerimientos y restricciones, hasta el punto de que en Galicia esta línea es exclusiva para RE y no permite compartir el acceso a internet y poder utilizar el correo electrónico, lo que conlleva la necesidad de una línea complementaria. Los proveedores de comunicaciones para la RE en las farmacias en unas comunidades son empresas elegidas por la farmacia; sin embargo, en otras comunidades el proveedor de comunicaciones está establecido para todas ellas, siendo diferentes. En este sentido parece más conveniente que bajo unos criterios tecnológicos mínimos, sea la FC la que elija el proveedor de comunicaciones y así se estimule la competencia entre estos en beneficio de la farmacia.

En relación al *software* utilizado (sistemas operativos, aplicaciones y programas informáticos, etc.), la RE ha requerido la implantación en la FC de aplicaciones que garanticen las medidas de seguridad y control que legislativamente se requieren (LOPD). Esto supone la autenticación del sistema y sus usuarios, la implantación de planes de contingencias (copias de seguridad, redundancia de sistemas, etc.) ante determinados incidentes (corte de suministro eléctrico y bajadas de tensión, caídas y colapsos del sistema, problemas de conexión en la red, etc.) y las consecuencias correspondientes, como la pérdida de datos mientras se está dispensando. La autenticación de los usuarios en la RE ha requerido el uso de las tarjetas de firma electrónica, bien de forma individual para



cada farmacéutico (con lo cual está identificada en cada momento la persona que ha accedido al sistema) o bien de forma colectiva con tarjetas únicas por farmacia en las que no se identifica individualmente quién está tras el sistema. En casi todos los sistemas de RE el personal no facultativo de la farmacia tiene acceso al mismo e incluso en alguna comunidad se les ha dotado de tarjeta identificativa. Hay que destacar el importante papel que han desempeñado las empresas propietarias y responsables del mantenimiento de las aplicaciones de gestión utilizadas en las FC, ya que ha sido determinante para llevar a cabo las modificaciones informáticas necesarias para que dichas aplicaciones funcionasen con este nuevo entorno.

Economía

Es evidente que todos estos requisitos y su puesta en funcionamiento han supuesto nuevos costes para la FC, con un importante esfuerzo inicial para asumir los cambios tecnológicos, formativos, profesionales y económicos y adaptar los equipos de la farmacia al nuevo *hardware* y *software*. Además, la farmacia tiene otro gasto fijo mensual, como es la línea de conexión. Económicamente, los farmacéuticos titulares de las farmacias son los que han sufragado la implantación de la RE en las farmacias y en los COF. La inversión realizada por la FC para adaptarse a los sistemas de RE ha supuesto un coste adicional excesivo, si bien ha sido muy variada, dependiendo de múltiples factores como: la comunidad autónoma y el sistema de RE, el COF, la situación tecnológica de la farmacia, el programa informático de gestión, la edad media del personal de la farmacia, etc.

En cualquier caso, teniendo en cuenta la situación de crisis económica que está atravesando nuestro país y la FC, su carácter de micropyme y la naturaleza y utilidad pública de la RE, su financiación íntegra ha supuesto un gran esfuerzo económico para esta. De hecho, los farmacéuticos, cuando se les pregunta si con la RE han aumentado los costes para la farmacia, la gran mayoría está de acuerdo y solo el 3,6% manifiesta estar en desacuerdo. Hubiera sido deseable por parte de la Administración habilitar una dotación presupuestaria o subvención destinada a la inversión tecnológica y a la formación de todas las personas relacionadas con su utilización, dado el gasto de recursos económicos directos e indirectos por el consumo de tiempo requerido para adiestrarse en el manejo de un nuevo procedimiento tecnológico como es la RE.

A pesar de esto, cuando se les ha preguntado a los farmacéuticos comunitarios su opinión sobre la implantación de la RE estos opinan que en general ha sido positiva para la FC. En concreto respondían mayoritariamente que el sistema de RE de su comunidad autónoma es práctico y ha mejorado su forma de trabajar y la dinámica de trabajo en la farmacia, aportando valor añadido y disminuyendo los errores humanos en la dispensación.

Gestión administrativa

Desde este punto de vista, la RE ha supuesto una importante mejora en la actividad de la farmacia, pues ha contribuido a disminuir los trámites burocráticos y facilitado la facturación al SNS,

ahorrando mucho tiempo, y además aporta otras mejoras importantes, como serían la reducción o eliminación de errores de dispensación y de facturación y la correspondiente minimización de las devoluciones de recetas. Así lo manifiestan la mayoría de los farmacéuticos comunitarios, encuestados, estando solo un 15% en desacuerdo o poco de acuerdo con esta opinión. Otro estudio, *Receta Electrónica. Una realidad*⁽³⁴⁾, realizado en 2009 a 1.200 farmacéuticos comunitarios, cuantifica esta disconformidad en el 19% y corrobora esta opinión de mejora en la gestión de la facturación de la farmacia.

La mayoría (solo el 6% estaba en desacuerdo y un 13% poco de acuerdo) está de acuerdo en que para la Administración sanitaria la RE ha permitido mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y el uso racional de medicamentos. De hecho, al preguntarles si la RE facilita el acceso del paciente a su medicación, especialmente en tratamientos crónicos, contribuyendo a mejorar la adherencia al tratamiento, el cumplimiento terapéutico y la obtención de la eficacia máxima de la medicación, la mayoría (75%) está medianamente o totalmente de acuerdo. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en el gran estudio realizado a farmacéuticos comunitarios en 2009⁽³⁴⁾, en el que el 80% opina que la RE ha contribuido a mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes con tratamiento crónico y gracias a un control más directo del paciente por parte del farmacéutico (67%).

En este mismo estudio, un 79% opinó que se habían percibido mejoras en la detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), un 69% destacó sobre todo mejoras en lo que respecta a los errores producidos por las lecturas erróneas de las recetas, un 55% señaló la mejora detectada en cuanto a detección de dosis, pautas y/o duración inadecuadas de los medicamentos prescritos, un 55% subrayó mejoras en la detección de duplicidades en la medicación del paciente y un 80% indicó que contribuye a mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes con tratamiento crónico gracias a un control más directo del paciente por parte del farmacéutico.

En el reciente estudio *Refcom*⁽⁴¹⁾, en 2013-2014, con 1.000 farmacéuticos comunitarios de toda España, cuando se les preguntó si consideraban la RE como una herramienta útil para su actividad asistencial con los pacientes, el 93% respondió afirmativamente justificándolo porque: permite conocer/acceder a más información sobre los tratamientos de los pacientes (80%), consideran que la utilidad proviene de que permite no equivocarse al dispensar (46%) y porque les permite una mejor comunicación con el médico (18%). De los que contestaron negativamente, para casi un 47% de ellos la principal razón fue que no les permitía acceder al historial farmacoterapéutico del paciente, para un 37% porque no les permitía tener una comunicación bidireccional con el médico, y para un 18% porque no les aportaba nada nuevo y hacía la dispensación más lenta.

Proceso de dispensación

La dispensación es el acto mediante el cual el farmacéutico se responsabiliza de poner a disposición del paciente un medicamento de acuerdo con una prescripción médica activa. Para



acceder a la dispensación electrónica el farmacéutico y/o la farmacia deben estar adecuadamente identificados mediante su tarjeta con certificado digital, y el paciente que acude a la farmacia a retirar su tratamiento debe presentar básicamente su TSI y/o una hoja con los medicamentos prescritos. En este sentido hay que destacar que con objeto de asegurar el derecho a la privacidad de los pacientes, estos podrán solicitar a los médicos que determinadas prescripciones sean consideradas como privadas. En tal caso, en algunas comunidades, los farmacéuticos solo podrán acceder a dichas prescripciones si el paciente les entrega su código de seguridad para el acceso a la prescripción. Este derecho del paciente impide que el farmacéutico comunitario realice una dispensación correcta al serle ocultada información sobre su farmacoterapia, lo que puede tener consecuencias sanitarias para el propio paciente.

Un aspecto a mejorar en algunos sistemas de RE relacionados con la fecha de prescripción es que el sistema fije las fechas de retirada de los medicamentos por los pacientes en días no festivos (evitando así los problemas relacionados con la falta de disponibilidad de medicamentos que el paciente necesita y se le han podido acabar), o en sábados (racionalizando la carga asistencial de las farmacias y distribuyéndola entre los días laborables en que más recursos farmacéuticos hay disponibles para los pacientes). En este sentido, el hecho de que algunos sistemas de RE permitan retirar los medicamentos antes de la fecha de dispensación calculada por el sistema facilita la adherencia del paciente al flexibilizar los plazos de dispensación. Hay que tener en cuenta que hay múltiples causas por las que los pacientes no siempre cumplen con las fechas de retirada de los medicamentos (olvidos, demencias, dificultad de lectura, equivocaciones en las fechas, pérdidas de las hojas donde figuran las fechas, etc.).

Una vez identificado el paciente, el sistema de RE muestra al farmacéutico las prescripciones electrónicas pendientes de los medicamentos y productos sanitarios que este podrá dispensarle al paciente siguiendo la normativa vigente. En general, tras su dispensación el farmacéutico registrará el medicamento como dispensado, proporcionará un justificante de la dispensación, procederá a su firma electrónica y posteriormente a su facturación. Sin embargo, en la práctica habitual los pacientes, por múltiples causas, no solo no retiran algunas de las prescripciones tal y como se ha comentado anteriormente, sino que acuden a la farmacia para consultar sobre la fecha a la que tendrán que acudir a retirar los medicamentos o para pedir explicaciones sobre cualquier discrepancia relacionada con la disponibilidad de los mismos, lo que ha supuesto un aumento en la frecuentación y en la carga asistencial de las farmacias comunitarias que no siempre termina en una dispensación. Si a estos hechos añadimos que –en general– la dispensación de RE es un proceso lento o al menos más lento que el tradicional, debido a la inversión en el tiempo de la dispensación en procesos de soporte/burocráticos y de soporte/completar información al paciente sobre la gestión de sus e-recetas⁽⁴²⁾, hay que decir que la implantación de la RE ha supuesto un mayor esfuerzo y dedicación para el personal de la farmacia. En definitiva, esta carga de trabajo debería cuantificarse y analizarse en todos sus aspectos con el fin de racionalizar el sistema retributivo de este servicio.

Para la farmacia

Los sistemas de RE tienen un plazo diferente más o menos amplio para que el paciente pueda retirar la medicación prescrita en la RE, independientemente de si se trata o no de la primera dispensación o de una continuación del tratamiento. Este plazo puede en algunos casos mejorar el cumplimiento del tratamiento y permitir al paciente disponer de más tiempo para acceder a él.

En algunas CCAA hay un periodo anterior a la fecha de dispensación establecida por el médico, lo que permite al paciente un cierto periodo de seguridad para no tener que recoger su medicación justo el día en que finaliza la anterior prescripción. Este periodo anterior, en el que se activa la receta, varía desde 5 hasta 10 días antes de la fecha de prescripción, siendo pocos sistemas de RE en los que la activación ocurre el mismo día de la fecha.

Una vez alcanzada la fecha de prescripción, la variación de esa receta en el sistema es muy variable, estando entre los 10 días y la fecha de fin de tratamiento o cuando coincida la fecha de revisión al paciente.

Algunos sistemas de RE diferencian entre la dispensación a pacientes agudos y a crónicos. La diferencia reside en que para tratamientos de agudos la receta no permanece activa tanto tiempo en el sistema como en el caso de los crónicos. En el caso de los agudos la activación de la prescripción es inmediata, a diferencia de las prescripciones a crónicos.

En tratamientos agudos, dependiendo del sistema de RE, si no se retira el medicamento en un plazo la prescripción desaparece. El plazo puede oscilar entre 48 horas, 10 días, la duración del tratamiento o en otras ocasiones dependiendo del medicamento y de la dosis.

En tratamientos crónicos, si se trata de la primera prescripción, el plazo para retirar los medicamentos es variable y depende de cada comunidad (desde 10 días, 1 mes, 3 meses, hasta la fecha de revisión e incluso en otras hasta la fecha que marque el médico como fin de tratamiento). Mientras que cuando se trata de prescripciones de continuación la disponibilidad de las recetas para su retirada es también muy variable, dependiendo de la comunidad autónoma (desde 30 días, pasando por 2, 3 o 6 meses, hasta el final de tratamiento o de su fecha de revisión). En algunos casos, sobre todo en pacientes de avanzada edad o con determinados tratamientos farmacológicos, estos plazos pueden ser excesivos y deberían reducirse, ya que estos pacientes pueden requerir de un control más continuo y personalizado que permita conocer su adherencia al tratamiento.

La mayoría de los farmacéuticos cree que incluir en la RE la posibilidad de modificar la dispensación diligenciando la receta y con permiso del paciente mejoraría mucho la dispensación; solo un 6,5% de ellos estaría poco de acuerdo o en desacuerdo con esta afirmación. Esta demanda está muy relacionada con los errores de prescripción, ya que estos solo los puede modificar el médico, dificultando mucho la labor profesional del farmacéutico, que podría solucionar muchos de estos errores simplemente salvando las recetas en el momento de la dispensación, lo que evitaría que



el paciente hiciera visitas innecesarias a los centros de salud para ocupar las consultas de los médicos por motivos administrativos.

Existen también diferencias en lo concerniente a la capacidad para registrar la dispensación de los sistemas de RE por parte del personal facultativo de la farmacia y el personal no facultativo. Esto puede generar situaciones de inseguridad jurídica debido a que, por un lado, el personal no facultativo asume responsabilidades para las que no está cualificado, aunque lo haga bajo la supervisión del personal facultativo o del farmacéutico titular de la farmacia. Por otro lado, en algunos sistemas de RE, como en los que se utiliza una única tarjeta o IP (por ejemplo, en el caso de Extremadura), no se identifica al profesional que realiza la dispensación, independientemente de su categoría profesional en la farmacia. Esta problemática supone, además, una diferenciación artificial entre el acto de la dispensación y la firma de la dispensación.

La existencia de un plazo para firmar la dispensación puede tener interés para ciertas circunstancias que habría que salvar, pero demora artificialmente (desde el momento de la dispensación hasta cuando se firma, lo que en ocasiones puede llegar a ser el último día del mes en que se realiza) la responsabilidad del farmacéutico sobre dicha dispensación. El plazo para facturar las recetas es también variable y depende de cada comunidad, yendo desde el momento posterior a la dispensación hasta el último día del mes o incluso hasta 2 meses después.

Solo Galicia impide que sea otro profesional farmacéutico que no sea farmacéutico dispensar. En este sentido, no se entiende que en algunos sistemas se permita que el personal auxiliar no se identifique a la hora de acceder al sistema de RE, pues como profesional sanitario tiene su función en la farmacia, si bien tampoco se entiende que pueda tomar decisiones durante la dispensación sin la supervisión –avalada en ese momento con la correspondiente firma– del farmacéutico responsable de la dispensación de acuerdo con la legislación farmacéutica⁽³⁵⁾. Tampoco se diferencia la responsabilidad y el carácter sanitario de la dispensación con el carácter legal y administrativo relacionado con la facturación de la receta médica electrónica.

Procesos administrativos

Otro aspecto de interés de la RE es que agiliza algunos procesos, como:

- **Visado**

La homologación o visado en aquellos medicamentos que la requieren como requisito previo para su dispensación⁽³⁶⁾.

- **Anulación de dispensaciones**

La anulación de una dispensación ya realizada, dependiendo del sistema de RE, puede ser realizada o no. En casi todos los sistemas se permite, variando el plazo para realizarla, desde el

momento siguiente a la dispensación hasta el último día del mes en que se haya realizado la dispensación. Esta utilidad permite subsanar errores de dispensación previos a la facturación.

• Dispensación de estupefacientes

La dispensación de estupefacientes ha sido también desarrollada de forma desigual en los diferentes sistemas, existiendo todas las posibilidades (en unas se permite, en otras no, en otras es necesario presentar la correspondiente receta oficial de estupefacientes en soporte papel), aunque la gran mayoría de sistemas de RE no la contemplan. Si bien la minimización de los trámites administrativos que se exigen para la gestión de estos medicamentos es muy positiva, hay que señalar la importancia de que el sistema esté preparado para evitar que los fallos que pudieran producirse en el sistema de RE no dejen en una inseguridad jurídica al farmacéutico comunitario dado el tratamiento que a nivel legal supone el manejo de estos medicamentos.

• Libros recetario y de estupefacientes

La misma heterogeneidad tiene lugar con la llevanza en soporte electrónico tanto del libro oficial de estupefacientes como del libro recetario. En ambos casos están siendo objeto de desarrollo por los diferentes sistemas de RE, si bien en el caso del libro recetario está mucho más avanzado, y cuenta ya con muchos sistemas en los que está operativo. Sin lugar a dudas su implantación es toda una mejora de la gestión administrativa de estos dos libros de tenencia obligada para la farmacia. En el caso del libro de contabilidad de estupefacientes, al igual que se ha comentado en la dispensación de estupefacientes, es muy importante que el sistema esté preparado para evitar que los fallos que pudieran producirse en el sistema de RE no dejen en una inseguridad jurídica al farmacéutico comunitario, dado el tratamiento que a nivel legal supone la contabilidad de estos medicamentos y la elaboración del correspondiente parte anual de movimiento de estos.

Procesos de sustitución

Todos los sistemas de RE coinciden en limitar la sustitución de medicamentos sin justificación previa, si bien los supuestos bajo los que se permite realizar la sustitución no son idénticos, habiendo unos comunes a todos los sistemas (desabastecimiento y urgente necesidad) y otros solo en algunas comunidades (guardia, procesos administrativos o precios de referencia). Llama poderosamente la atención que en ninguna comunidad se contemple como tal los motivos puramente sanitarios, como podrían ser los supuestos de hipersensibilidad al medicamento o a sus excipientes y de adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados y/o con enfermedades crónicas, dadas las continuas medidas legislativas que propician los cambios de medicamentos y, por tanto, el cambio de su apariencia tanto externa como a nivel de forma farmacéutica.



Un aspecto importante, por su inmediata entrada en vigor, es la adaptación de los sistemas de receta en relación con la prescripción para garantizar la asistencia transfronteriza en el Espacio Económico Europeo, teniendo en cuenta la modificación normativa introducida por el Real Decreto 81/2014, que modifica el modelo de receta médica y establece como obligatoria la inclusión del principio activo del medicamento prescrito en todas las recetas (públicas y privadas), si bien permite la inclusión adicional de la marca por el profesional sanitario prescriptor si este lo considera necesario desde un punto de vista médico y justificándolo brevemente en la receta. De acuerdo con este nuevo modelo de receta, los sistemas de RE deberían establecer la posibilidad de que, en caso de que el prescriptor elija prescribir una marca comercial, se incluya automáticamente la justificación por la que se realiza. Tal y como indica la normativa, esta justificación podrá ser: por tratarse de un medicamento biológico, de un medicamento no sustituible (según la Orden SCO/2874/2007, que regula los medicamentos no sustituibles), por principio de eficiencia para el SNS (que comprende todos los medicamentos incluidos en las agrupaciones homogéneas) o por otros motivos que deberá indicar el prescriptor cuando lo considere necesario desde un punto de vista médico, por ejemplo, para mantener la adherencia al tratamiento, en caso de intolerancia a excipientes, etc.

Bases de datos de prescripción y dispensación

Las bases de datos de medicamentos y productos sanitarios utilizadas por los sistemas de RE para la prescripción son en su mayoría adaptaciones propias del nomenclátor del SNS para el sistema de RE de cada una de las CCAA, por lo que son diferentes entre sí, mientras que las utilizadas en la FC en su mayoría son o bien el BOT Plus® o adaptaciones de este, teniendo en cuenta los precios establecidos en las bases de datos propias de cada sistema de RE. Esta diferencia es más importante de lo que parece, pues además de ser causa de disparidad en los precios de los medicamentos dispensados y, por tanto, en su facturación, puede ser causa de errores en la dispensación debido a la falta de su actualización (nuevas presentaciones, como ha ocurrido con los antibióticos; cambios de código nacional, como ocurre con medicamentos incluidos en el sistema de precios de referencia; bajas; modificación de condiciones administrativas como la desfinanciación, etc.).

Uno de los aspectos que todavía hoy no ha sido resuelto por los sistemas de RE es la actualización de sus bases de datos en relación con la falta de suministro de determinados medicamentos y las consecuencias y trastornos que ello conlleva para todos los profesionales sanitarios implicados en la prescripción-dispensación.

Una de las reivindicaciones más antiguas de los farmacéuticos, como es la desaparición de la justificación de la dispensación a través de los cupones precinto de los medicamentos, no ha sido satisfecha con la RE, y en todas las comunidades –aunque de forma diferente– hay que presentarlos posteriormente con la facturación mensual de los medicamentos dispensados. No es lógico que en pleno siglo XXI, y con los avances tecnológicos existentes, siga siendo necesario mutilar los envases de los medicamentos mediante la eliminación de parte de su cartón para justificar su dispensación.

Formación

En cuanto a la formación, como ya se ha comentado, no se ha incluido a la FC y al personal no facultativo de la FC en la formación que por parte de la Administración sanitaria se ha realizado sobre la RE al resto de profesionales sanitarios. Han sido los COF los que han asumido y liderado dicha tarea, junto con la ayuda de las empresas responsables de las aplicaciones de gestión de las farmacias necesarias para la dispensación de RE. Además, el propio personal de la farmacia ha tenido que dedicar tiempo adicional al aprendizaje de las utilidades de dichas aplicaciones.

En 2010, SEFAC presentó un decálogo sobre RE⁽²⁾ con los requisitos que debían reunir los proyectos de RE desarrollados por las distintas administraciones sanitarias españolas para que estos fueran eficaces en el trabajo diario del farmacéutico comunitario. De sus 10 apartados, el 2.º, 5.º y 7.º se podría decir que se han cumplido totalmente, el 8.º en parte, y el resto todavía no se ha cumplido.

Los apartados que se puede decir que se han cumplido son:

- 2.º La dispensación a través de la receta electrónica debe disminuir y/o eliminar tareas burocráticas y requisitos administrativos, permitiendo la libre elección del paciente y siempre promoviendo un uso racional del medicamento.
- 5.º La implantación de la receta electrónica debería llevar parejo el establecimiento de un plan de contingencia en caso de fallo de la red, suministro eléctrico, *software* y *hardware* en los sistemas de los agentes implicados en su funcionamiento.
- 7.º Los sistemas que recopilan o gestionan datos sobre actividades de prescripción y dispensación de medicamentos deberían garantizar la confidencialidad y la protección de los datos de la información que se gestione (prescripciones, dispensaciones, intervenciones, información clínica, etc.), así como de los agentes implicados en ellas: paciente, prescriptor, farmacia y farmacéutico.
- 8.º La receta electrónica debería permitir la disminución de errores de dispensación y la prevención, detección y resolución de problemas relacionados con medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación. La prescripción electrónica debería contener, como mínimo, información sobre la identidad del paciente, edad y sexo, medicamento, concentración, posología y cantidad, indicaciones para el paciente e identidad del prescriptor. Los sistemas deberían prever la inclusión de diagnóstico y/o indicaciones de uso cuando sea necesario.

El resto de apartados que lamentablemente siguen sin haberse cumplido, y que son precisamente los que más inciden en la labor asistencial del farmacéutico comunitario, son:

- 1.º El farmacéutico comunitario debe disponer de la información clínica necesaria para realizar las funciones que legalmente se le atribuyen. Esto incluye, con el consentimiento del paciente, el conocimiento de su historial farmacoterapéutico, así como su historia clínica, con el fin de



conocer aquellas situaciones, estados y patologías que pudieran contraindicar el uso de los medicamentos y prevenir resultados negativos asociados a estos en la salud del paciente. El sistema debe proporcionar al farmacéutico acceso a cuanta información le sea necesaria para permitirle juzgar la adecuación y conveniencia de una terapia medicinal escogida.

- 3.º La dispensación de receta electrónica debería autenticar al farmacéutico responsable que la realiza y/o supervisa; posibilitar el intercambio terapéutico, en caso necesario, y permitir la posibilidad de registrar las dispensaciones de medicamentos excluidos de la financiación, o prescritos en el ámbito de la asistencia sanitaria privada.
- 4.º Las aplicaciones que soportan la receta electrónica deberían posibilitar la comunicación directa con el médico prescriptor, el resto de profesionales sanitarios y con el paciente en determinados casos (errores de dispensación, seguimiento de la dispensación...).
- 6.º Los sistemas de receta electrónica deberían permitir registrar todas las intervenciones farmacéuticas y, entre ellas, la no dispensación por motivos farmacológicos y/o de conciencia, en caso necesario.
- 9.º La dispensación ha de ser de calidad en igualdad de condiciones en cualquier farmacia española, permitiendo su interoperabilidad en el Sistema Nacional de Salud.
- 10.º La receta electrónica debería servir de herramienta para la realización de actividades relacionadas con la educación y promoción de la salud pública.

Los farmacéuticos comunitarios opinan mayoritariamente que la RE en el momento actual tiene implantada la parte administrativa, pero muy poco la vertiente sanitaria-asistencial. Solo el 1,3% estaba en desacuerdo con esta afirmación cuando se realizó el estudio.

Con respecto a la atención farmacéutica (AF)

La AF, según el Foro de AF, se puede definir como la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente, mediante la dispensación, indicación farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico. Esta participación implica la cooperación con el médico y otros profesionales sanitarios para conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente, así como su intervención en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades⁽⁴³⁾. De igual forma, la dispensación se puede definir como el servicio profesional del farmacéutico encaminado a garantizar, tras una evaluación individual, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto uso y de acuerdo con la normativa vigente.

De acuerdo con estas definiciones, para realizar correctamente este servicio es necesario que los sistemas de RE permitan las siguientes funcionalidades:

Información clínica necesaria

El farmacéutico comunitario debería de tener acceso a la información clínica necesaria del paciente que le permita realizar las verificaciones sanitarias oportunas propias de la dispensación: alergias, estados fisiológicos relevantes, como embarazo, lactancia, problemas de salud, medicamentos ya utilizados, datos clínicos complementarios (analíticas, pruebas diagnósticas, etc.). Sin embargo, ninguno de los sistemas de RE españoles permite el acceso desde la FC a la historia clínica del paciente, ni siquiera con su autorización, lo que va en contra de la cada vez mayor tendencia a implicar al paciente en las decisiones sobre su salud. Tampoco se dispone de acceso a la historia farmacoterapéutica, si bien se puede acceder a la medicación activa, y en algunos casos a los medicamentos utilizados anteriormente. Sigue faltando el acceso a los problemas de salud para los que se ha indicado la farmacoterapia, así como un verdadero histórico del uso de todos los medicamentos por el paciente, y no solo los utilizados en el ámbito de la Atención Primaria, dado el cada vez mayor uso de medicamentos calificados de diagnóstico y/o uso hospitalario.

Figura 3. Historia de salud digital del ciudadano. www.conganat.org



Tampoco permiten consultar las dispensaciones realizadas en el ámbito hospitalario y sociosanitario y en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, no permitiendo en su mayoría la integración de los medicamentos de venta libre (OTC) dentro de la prescripción de RE, al ser medicamentos no financiados y no sujetos a prescripción médica.

De igual modo, no permiten introducir en el sistema ningún tipo de información, actuación o intervención realizada por el farmacéutico durante la dispensación, lo que es un inconveniente importante para mantener una historia clínica y farmacoterapéutica completa y actualizada de un paciente para beneficio del paciente y conocimiento para el resto de profesionales sanitarios.



En este sentido, los farmacéuticos comunitarios opinan mayoritariamente que la dispensación de medicamentos mejoraría mucho si la RE permitiera acceder, consultar e introducir información en la historia clínica. Solo alrededor del 2% estaría en desacuerdo. Idéntico resultado se obtiene respecto a que se les permitiera acceder sin restricción y capacidad de introducir datos en la historia farmacoterapéutica. Y de forma similar ocurre cuando se les pregunta sobre el acceso a datos complementarios: analíticas, pruebas biológicas, alergias, etc., aunque en este caso solo estaría en desacuerdo un 3,8% de los farmacéuticos. En definitiva, al no disponer el farmacéutico de toda esta información se priva al paciente de un filtro de potenciales problemas relacionados con los medicamentos y de los resultados negativos asociados a ellos.

Comunicación entre profesionales

Respecto a la comunicación con el médico y otros profesionales sanitarios, esta solo se contempla aproximadamente en la mitad de los sistemas de RE. En estos sistemas la comunicación es solo con el médico de Atención Primaria y de forma no instantánea, salvo en Asturias o Canarias, activándose la comunicación cuando se pasa la TSI, es decir, cuando el paciente vuelve a la consulta médica, lo que en muchos casos invalida en la práctica esta forma de comunicación por su probable obsolescencia, habiéndose perdido la oportunidad de prevenir, impedir, informar u optimizar el tratamiento del paciente.

En este sentido es importante destacar una iniciativa que estandariza la comunicación entre ambos grupos profesionales, como es el proyecto MEDAFAR⁽⁴⁴⁾ de comunicación entre médicos y farmacéuticos. Esta iniciativa tiene como objetivo mejorar la comunicación entre los médicos de Atención Primaria y los farmacéuticos comunitarios para conseguir una óptima asistencia farmacoterapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, y desde su inicio ha establecido una clasificación de derivaciones farmacoterapéuticas que sigue las normas de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) y define y agrupa las situaciones reales previamente consensuadas entre ambos colectivos que pueden encontrarse tanto en la consulta médica como en una farmacia comunitaria susceptibles de derivación bidireccional entre farmacéuticos y médicos relativas a la farmacoterapia de los pacientes. Asimismo, incorpora un listado de mensajes codificados que pueden incluirse en los sistemas de prescripción electrónica para aquellas situaciones de derivación.

En ningún sistema de RE se contempla la comunicación con farmacéuticos que trabajan en otros ámbitos, ni con otros profesionales sanitarios, como enfermería, fisioterapia, etc., lo que dificulta al farmacéutico comunitario integrarse en el SNS dentro de los equipos sanitarios multidisciplinares facilitando la creación de vínculos estrechos y duraderos entre el farmacéutico, el paciente y el resto de profesionales sanitarios. Este aspecto es especialmente importante cuando el paciente cambia de ámbito asistencial, ya que es en estas ocasiones cuando se produce un gran número de discrepancias entre la medicación que ha de utilizar, y es entonces cuando más necesario sería disponer de esta comunicación.

El 91,5% de los farmacéuticos estaba muy de acuerdo o totalmente de acuerdo en que la comunicación directa con el médico y otros profesionales sanitarios, e incluso con el paciente mejoraría mucho la dispensación de medicamentos. Sin embargo, ya en 2009⁽³⁴⁾ los farmacéuticos comunitarios encuestados opinaban que “la implantación de la RE había propiciado una mejor relación entre los diferentes agentes implicados” y un 41% consideraba que la implantación había conseguido mejorar la relación médico-farmacéutico, si bien “todavía debía recorrerse camino en ese sentido” y que el paciente percibiese un beneficio gracias a la sensación de un mayor control de su medicación por parte del farmacéutico (54,1%).

Utilidades asistenciales

Los sistemas de RE tampoco presentan herramientas para realizar la validación de la prescripción, detección de interacciones (salvo Islas Baleares), mejora de la adherencia, problemas de seguridad de los medicamentos, etc., si bien el farmacéutico comunitario en la práctica dispone de ellas, de forma desagregada y variada, en sus aplicaciones informáticas de gestión.

En ningún sistema de RE, salvo Islas Baleares y de forma un tanto difícil, el sistema advierte de la primera dispensación de un medicamento para un paciente, cuando esta es una característica de vital importancia para intervenir con el objetivo de conseguir un uso racional del medicamento.

Tampoco permiten o generan alertas o avisos antes o durante la dispensación en aquellas dispensaciones en las que se requiere una atención o actuación especial por las características del paciente o de los medicamentos prescritos (paciente mayor, con varios medicamentos, uso de dispositivos, medicamentos complejos, o medicamentos que requieren algún tipo de destreza para su utilización, etc.). Es decir, en cualquiera de estas circunstancias se dificulta la intervención farmacéutica, su registro y comunicación con el resto de profesionales sanitarios. Como ya se ha mencionado anteriormente, la RE no permite acceder a la información clínica necesaria del paciente, tampoco permite enriquecerla con información proveniente de los farmacéuticos, y en muchos sistemas no permite *realizar un bloqueo preventivo* de la dispensación ante un supuesto de que el farmacéutico decidiese no dispensar.

Por último, el hecho de que la RE no interactúe activamente con las aplicaciones de gestión utilizadas en las FC y sus módulos de AF y servicios profesionales farmacéuticos dificulta la aportación de información asistencial del paciente y la integración del farmacéutico como agente sanitario en el sistema sanitario.

En definitiva, lamentablemente se puede afirmar que a día de hoy los sistemas de RE de las CCAA no disponen de las utilidades necesarias para permitir realizar correctamente una dispensación con garantías sanitarias, por lo que no aportan un valor añadido a la dispensación. No tienen en cuenta ni permiten reflejar, ni desarrollar, la labor asistencial del farmacéutico comunitario al impedir acceder, introducir y compartir la información clínica necesaria del paciente, ya sea propia



o del SNS. La mayoría de ellos tampoco permite la comunicación con los profesionales sanitarios y carece de utilidades que optimicen el proceso de la dispensación desde su vertiente sanitaria (integración con aplicativos de la farmacia, emisión de informes, etc.).

Con respecto al paciente

Teóricamente los pacientes serían unos de los grandes beneficiados con la implantación de la RE, ya que esta eliminaría las visitas innecesarias al centro de salud solo para obtener las prescripciones de sus tratamientos (sobre todo en los pacientes con enfermedades crónicas), simplificaría los trámites para el control del visado de medicamentos y mejoraría la dispensación al evitar errores por lectura de las prescripciones, pérdida de recetas, etc.

Por otro lado, al liberar al médico de gran parte de la carga burocrática que soporta la prescripción, la RE también redundaría en una mejora de la calidad asistencial del paciente. Por último, al dotar al farmacéutico comunitario de un sistema de dispensación con utilidades asistenciales, su intervención conduciría a una mayor eficacia y seguridad en la dispensación de los tratamientos de los pacientes.

Cuando a los farmacéuticos comunitarios se les preguntó si la RE había supuesto una mejora importante para el paciente, el 75% de ellos estaba mediana o totalmente de acuerdo con esta afirmación.

En 2009⁽³⁴⁾, el 54% de los farmacéuticos opinó que “la mejora de la relación entre el paciente y el farmacéutico parecía haber ido encaminada a mejorar la percepción por parte del paciente del control de su medicación”. Sin embargo, en el estudio *Refcom*, que entrevistó a 1.000 ciudadanos en 2013, cuando se les preguntó sobre si “había mejorado la relación con su farmacéutico desde la implantación de la RE”, el 53% de ellos respondió negativamente y solo un 28% respondió afirmativamente.

Esto puede ser debido a que, de acuerdo con el *Estudio sobre opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario*⁽²¹⁾, solo el 56,2% de estos conoce la RE, a diferencia de la HCD (78%), que es la herramienta más ampliamente conocida por los ciudadanos y la petición de cita médica a través de internet (65%). Además, este conocimiento es desigual entre las CCAA, siendo Galicia, Extremadura, Islas Baleares, Cantabria, Islas Canarias, Andalucía y Cataluña aquellas en las que el conocimiento de la RE está más extendido entre los ciudadanos. Hay que señalar que la RE es valorada de manera especialmente positiva en Galicia y Asturias.

Un aspecto a mencionar es que, en general, cuanto peor es el estado de salud autopercibido por los ciudadanos, mayor es el conocimiento de la RE. Esta misma tendencia existe en relación con los enfermos crónicos, que tienen un mayor conocimiento de esta aplicación que los enfermos no crónicos, lo que parece explicarse por su mayor necesidad de uso. El colectivo de personas con una enfermedad de tipo crónico es el principal objetivo de esta herramienta, ahorrando tiempo

y trámites en la recogida de la medicación. Otro aspecto curioso es que la RE y la HCD tienen un conocimiento inferior entre los usuarios de redes sociales que en el resto de los ciudadanos.

En resumen, si bien el conocimiento de la RE está condicionado por cuestiones de salud, como es el hecho de padecer una enfermedad de tipo crónico y/o tener un peor estado de salud, se observa que la utilidad y el valor que se le da por los ciudadanos es muy positivo, aunque la integración de la RE parece haber contribuido de forma escasa a la mejora de las relaciones entre el farmacéutico y el paciente. Probablemente con el tiempo la mayor implantación, mejora asistencial y utilización de la RE mejore también la percepción del paciente.

Conclusiones

- La implantación de los sistemas de RE en España como desarrollo de la sanidad digital se ha producido **de forma desigual y descoordinada en el territorio nacional**. Tras 12 años desde el inicio de su implantación, aún falta bastante camino para finalizarla, ya que todavía no se ha completado en todos los niveles asistenciales. Actualmente, la RE está implantada en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y en prácticamente todas las comunidades autónomas españolas, excepto Castilla y León. Solamente en ocho de las 17 CCAA están integrados todos los niveles asistenciales, y todavía no se ha iniciado la integración de la RE de la atención sanitaria especializada (ambulatoria y hospitalaria) en nueve CCAA.
- Existe una **gran heterogeneidad en los sistemas de RE de nuestro país**, presentando diferentes características, prestaciones y requerimientos tecnológicos, lo que dificulta su interoperatividad, por lo que sería necesario definir y establecer los criterios generales comunes que deberían cumplir todos ellos. En este sentido, sería necesario que funcionasen los mecanismos de coordinación entre el SNS y las CCAA con el fin de asegurar en condiciones de igualdad a todos los pacientes el acceso a la sanidad en general y a la prestación farmacéutica en particular en todo el territorio nacional.
- La RE como herramienta tecnológica tiene muchas ventajas. Permite la simplificación de la labor médica, la posibilidad de la dispensación repetida, la mejora del acceso a la prestación farmacéutica por los pacientes, etc. Nunca antes había existido en nuestro país a nivel sanitario una **herramienta con tanta capacidad, proyección y futuro como es la RE**. Cuando sea interoperable y esté plenamente implantada en todas sus vertientes: administrativa, sanitaria, preventiva, planificativa, etc., permitirá mejorar la calidad y la gestión de la prestación farmacéutica en el SNS.
- Desde la implantación de la RE en las diferentes CCAA las medidas han sido cada vez más restrictivas, en buena parte motivadas por la grave crisis económica, lo que ha provocado



que se establezca como **su principal objetivo conseguir el control y la reducción del gasto sanitario**, en lugar de mejorar la calidad asistencial a través de una dispensación centrada en mejorar el uso racional de los medicamentos en los pacientes.

- Tanto desde el punto de vista económico como tecnológico y asistencial, los farmacéuticos comunitarios y el personal de las farmacias, liderados por los COF, han realizado un importante esfuerzo, permitiendo la implantación de los diferentes sistemas de RE en la población y demostrando el **compromiso en la mejora de la prestación farmacéutica del SNS**.
- La **inexistencia de una verdadera integración de la información sanitaria** (bases de datos de medicamentos, guías clínicas, etc.) a la que tienen acceso todos los profesionales sanitarios que la manejan diariamente, impide la utilización de una terminología e información común entre estos.
- La RE permite que el paciente acuda periódicamente a la farmacia a recoger los medicamentos prescritos, permitiendo la **realización de otros servicios profesionales farmacéuticos** complementarios al servicio de dispensación. Sin embargo, ninguno de los sistemas de RE ha contemplado la posibilidad de permitir integrar dentro de su aplicativo la posibilidad de “prescribir” otros servicios profesionales farmacéuticos susceptibles de prestación farmacéutica al paciente desde la farmacia comunitaria.
- La RE **no permite al farmacéutico acceder a la información clínica necesaria** para la correcta realización de la dispensación ni registrar en la historia clínica del paciente aquella información farmacoterapéutica que, conocida también por otros profesionales sanitarios, pueda ser de utilidad para mejorar su tratamiento, evitar problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación.
- La RE, a pesar de conectar un establecimiento sanitario como es la FC y al farmacéutico comunitario con el médico prescriptor de los centros sanitarios, **no permite una comunicación directa e inmediata** entre ambos profesionales sanitarios, impidiendo con ello la oportunidad para mejorar la calidad de la dispensación de los medicamentos y productos sanitarios al paciente. En este sentido, los sistemas de RE tampoco contemplan la comunicación del farmacéutico comunitario con otros profesionales sanitarios.
- De los resultados del análisis realizado por SEFAC se desprende que la RE es una herramienta tecnológica que no es homogénea en las distintas CCAA y que, hoy por hoy, **tiene un enfoque principalmente administrativo y centrado en la dispensación**. Además, la RE por sí sola no permite solventar las necesidades asistenciales de los farmacéuticos comunitarios en el resto de servicios profesionales que se prestan en la FC, por lo que sería necesario realizar una propuesta sobre el rol del farmacéutico comunitario en la sanidad digital.

Propuesta de SEFAC

Como consecuencia de las conclusiones anteriores es necesario desarrollar plenamente la parte asistencial de la RE, ya que dotaría al sistema sanitario de una serie de recursos que permitirían una importante mejora de la calidad asistencial del servicio de dispensación de medicamentos y productos sanitarios en beneficio de la mejora de la salud de los pacientes. Para contestar a la pregunta *¿qué deben aportar los sistemas de receta médica electrónica al farmacéutico comunitario para que estos puedan realizar correctamente el servicio de dispensación?*, los sistemas de RE han de aportar:

Información

Es ineludible que el sistema de RE permita al farmacéutico el acceso a la necesaria información clínica y farmacológica del paciente para poder realizar la dispensación correctamente. En concreto será necesario conocer si el paciente es alérgico a alguna sustancia, si su estado fisiológico es relevante para la utilización de los medicamentos (embarazo, lactancia, etc.), cuáles son sus problemas de salud para los que se le han indicado los medicamentos que toma, los medicamentos que ya ha tomado o si es la primera vez que se le prescriben, así como los valores analíticos indicadores de los resultados clínicos de los medicamentos que utiliza. El conocimiento de esta información es básico para poder evitar, detectar y resolver problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación. La información clínica necesaria del paciente derivada de la dispensación de los medicamentos y productos sanitarios debería ser completa e incluir la generada en todos los ámbitos sanitarios asistenciales (comunitario, hospitalario y socio-sanitario) de naturaleza pública y privada.

Comunicación

La RE debería permitir una comunicación electrónica, bidireccional, fluida, entre el farmacéutico y el resto de los profesionales sanitarios que atienden al paciente. Esta comunicación interprofesional ayudaría a todos los profesionales sanitarios a tomar decisiones basadas en una información más completa y compartida por todos los agentes implicados.

Integración

La participación y colaboración del farmacéutico comunitario en la atención al paciente con el resto de profesionales sanitarios a través del sistema de RE permitiría su integración real y efectiva en la Atención Primaria y Especializada en el SNS, de forma que existiría una verdadera continuidad asistencial para el paciente y una participación efectiva del farmacéutico comunitario en el desarrollo de programas asistenciales relacionados con el uso racional del medicamento, la mejora de la adherencia al tratamiento y la farmacovigilancia.



Adaptación

Sería muy importante que el sistema de RE pudiera adaptarse –como herramienta tecnológica que es– a la metodología de trabajo del farmacéutico en la FC, de tal manera que este pudiera aplicar sus procedimientos normalizados de trabajo relacionados con el servicio de dispensación.

Registro

Es conveniente que los farmacéuticos comunitarios puedan registrar todas las actuaciones realizadas durante la dispensación, como, por ejemplo, el bloqueo de la dispensación en caso necesario. El sistema de RE debería permitir, de acuerdo con el consentimiento del paciente, el registro de las prescripciones y dispensaciones de medicamentos y productos sanitarios que se le realizan, tanto en el ámbito del SNS como de la asistencia sanitaria privada, así como de todos aquellos medicamentos que el paciente toma y que no están sujetos a prescripción médica. Un sistema adecuado de registro permitiría y facilitaría, sin tener que salir del aplicativo, la posibilidad de introducir información, elaborar informes, consultar guías sanitarias y otras fuentes de información, imprimir recomendaciones al paciente, etc.

Interoperabilidad

La interrelación entre las TSI, las prescripciones y las dispensaciones de los diferentes sistemas de RE de nuestro país, y de los Estados miembros de la Unión Europea, así como la comunicación entre las aplicaciones de gestión de la farmacia comunitaria y dichos sistemas, permitiría la eliminación de una de las barreras asistenciales a la prestación farmacéutica que tiene el paciente actualmente. Permitiría además una comunicación eficaz entre los profesionales de los distintos centros sanitarios de nuestro país, así como entre los diferentes aplicativos y los datos que estos gestionan, facilitando una optimización del tiempo a la hora de acceder, elaborar, modificar, recuperar, imprimir, consultar o eliminar información clínica necesaria del paciente y otros profesionales sanitarios. Esta interoperabilidad debería tener en cuenta también otros países, especialmente de la Unión Europea, dada la gran cantidad de turistas que tiene nuestro país y los problemas que surgen con la prestación farmacéutica.

Personalización

Los sistemas de RE deberían ajustarse a la realidad del proceso de uso de los medicamentos de los pacientes con el fin de aumentar su adherencia al tratamiento. Debería ser más flexible en los plazos para retirar la medicación, en caso de viajes o vacaciones, o contemplar sus necesidades personales, como sabores en productos dietoterápicos o las tallas en productos sanitarios, evitando que el paciente tenga que volver al médico para que cambie este tipo de detalles.

Solicitud de otros servicios profesionales farmacéuticos (SPF)

La posibilidad de que los sistemas de RE permitan la prescripción o derivación de los profesionales sanitarios hacia la realización de otros servicios profesionales farmacéuticos (SPF) a los pacientes que puedan beneficiarse de estos es una utilidad solo permitida en el caso de la prescripción de fórmulas magistrales y preparados oficinales. Los SPF, como la elaboración de sistemas personalizados de reacondicionamiento (SPD), la revisión de la farmacoterapia, la revisión del botiquín, el seguimiento farmacoterapéutico, los tratamientos directamente observados, la revisión del uso de los medicamentos, etc., pueden ser necesarios en determinados pacientes.

Autonomía profesional

Los sistemas de RE no permiten al farmacéutico comunitario la suficiente autonomía profesional a la hora de realizar el servicio de dispensación. El farmacéutico comunitario, en beneficio del paciente, debería poder subsanar algunos de los errores detectados, sustituir no solo en condiciones de urgencia y falta de suministro, sino también en necesidades sanitarias, como los casos de intolerancia a algún excipiente y cambio de la forma farmacéutica de un principio activo para facilitar la toma por parte del paciente, etc.

Convergencia

Todos los desarrollos y cambios que se den en el futuro en los distintos modelos de receta electrónica deberían buscar la convergencia hacia unas características, criterios y requerimientos básicos comunes.

El objetivo es que aunque existan diferencias entre los modelos existentes en la actualidad, estas sean mínimas y todos los modelos preserven una base general común que asegure un grado de uniformidad suficiente para garantizar una prestación farmacéutica homogénea y equitativa en todo el territorio, lo cual también favorecería la labor profesional de los farmacéuticos comunitarios en beneficio del paciente.

Bibliografía

1. SEFAC. Estatutos sociales de la sociedad española de farmacia comunitaria (SEFAC). Accedido el 14-06-2012. Disponible en: <http://www.sefac.org/estatutos>.
2. SEFAC. Sobre la receta electrónica. Sefac Opina. Lunes 17 de mayo de 2010. Accedido el 24-11-2014. Disponible en: www.sefac.org/files/sefac_opina-receta_electronica.pdf.



3. Comisión de receta electrónica de SEFAC Galicia. Atención farmacéutica y receta electrónica: nuevos cambios profesionales. Sefac 2011. Accedido el 24-11-2014. Disponible en: http://www.sefac.org/files/NP_receta_electronica_0.pdf.
4. Declaración de Tokio de la FIP. El papel del Farmacéutico en el Sistema de atención de la salud. Tokio (Japón), 1993. Accedido el 24-11-2014. Disponible en: www.ops.org.bo/textocompleto/ime9848.pdf.
5. Abellán F, Baixauli V, Eguilleor A, et al. Un sanitario por descubrir. Situación actual y perspectivas de futuro del farmacéutico comunitario: propuestas para su integración real en el sistema sanitario. Madrid: SEFAC, 2011.
6. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE n.º 17, de 20 de enero de 2011.
7. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE n.º 128, de 29 de mayo de 2003.
8. Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Panorama Actual del Medicamento 2014; 38(375):645-76.
9. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas. 2009. Accedido el 24-11-2014. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/InformePlanCalidad_ESP.pdf.
10. Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica. BOE n.º 304, de 20 de diciembre de 2003.
11. Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. Carta de Ljubljana sobre la reforma de la atención sanitaria. Copenhague, 1996. Accedido el 24-11-2014. Disponible en: www.who.int/whr/2008/overview/es/.
12. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Plan de acción sobre la salud electrónica 2012-2020: atención sanitaria innovadora para el siglo XXI. Accedido el 24-11-2014. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:52012DC0736&from=EN>.
13. La Comisión Europea presenta el eHealth Action Plan para superar las barreras en el desarrollo de las TIC en salud. Accedido el 24-11-2014. Disponible en www.ticsalut.cat/flashticsalut/html/es/articulos/doc36367.html.
14. Plan Avanza 2006-2010, aprobado por el acuerdo de Consejo de Ministros de 4 de noviembre de 2005 para el desarrollo de la Sociedad de la Información y de Convergencia con Europa y entre Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas. Accedido el 24-11-2014. Disponible en: <https://www.planavanza.es/InformacionGeneral/PlanAvanza1/Paginas/PlanAvanza.aspx>.
15. Conclusiones del Consejo Europeo de Barcelona, 15 y 16 de marzo de 2002. Accedido el 24-11-2014. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/es/ec/70829.pdf.
16. Tarjeta Sanitaria Europea. Accedido el 24-11-2014. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Tribajadores/PrestacionesPension10935/Asistenciasanitaria/DesplazamientosporE11566/TSE2/index.htm.
17. Decisión del Consejo Europeo 2009/882/UE, de 1 de diciembre de 2009, relativa a la adopción de su Reglamento interno. Accedido el 24-11-2014. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:32009D0882>.

18. Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. BOE n.º 313, de 31 de diciembre de 2001.
19. Proyecto pista sanidad. Accedido el 24-11-2014. Disponible en: https://administracionelectronica.gob.es/.../Ponencia_017.pdf.
20. Plan avanza2. Accedido el 24-11-2014. Disponible en: <https://www.planavanza.es/InformacionGeneral/ResumenEjecutivo2/Descargas/PlanAvanza2.pdf>.
21. ONTSI Red.es. Los Ciudadanos ante la e-Sanidad. Estudio sobre opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario. Ed. 2012. Accedido el 2-11-2014. Disponible en www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/informe_ciudadanos_esanidad.pdf.
22. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE n.º 17, de 20 de enero de 2011.
23. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE n.º 178, de 27 de julio de 2006.
24. Directiva 2011/24/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. DOL 88 de 4-4-2011; 45.
25. Directiva de ejecución 2012/52/UE, de la Comisión, de 20 de diciembre de 2012, por la que se establecen medidas para facilitar el reconocimiento de las recetas médicas expedidas en otro Estado miembro. DOL 356 de 22-12-2012; 68.
26. Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE n.º 34, de 8 de febrero de 2014.
27. Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual. BOE n.º 37, de 12 de febrero de 2004.
28. Real Decreto 702/2013, de 20 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual. BOE n.º 238, de 4 de octubre de 2013.
29. Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011. BOE n.º 200, de 20 de agosto de 2011.
30. Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Accedido el 30-12-14. Disponible en: <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf>.
31. Andrés J, Fornos J, Andrés F. Introducción a la investigación en farmacia comunitaria. Aula cofano 2010.
32. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Área de Receta Electrónica del SNS. Informe de situación Proyecto de interoperabilidad de la receta electrónica en el Sistema Nacional de Salud. 2014. Accedido el 27-1-15. Disponible en: <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F-%2Fwww.redaccionmedica.com%2Fcontenido%2Fimagenes%2FPunto%252031-2-2-2014-INFORME%2520SI-TUACI%25C3%2593N%2520PROYECTO%2520RESNS.pdf&ei=7EnXVK7PitbWavCygMgl&usq=AFQjCNF-XpjK8AAymBNtcvmpilPoa-iODlg>.
33. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de servicios públicos digitales. Accedido el 30-10-14. Disponible en: <http://www.agendadigital.gob.es/planes-actuaciones/Paginas/plan-servicios-publicos.aspx>.



34. Receta electrónica. Una realidad. Laboratorios Almirall. Accedido el 30-12-2014. Disponible en: <http://www.clubdelafarmacia.com/articulos/gestion-legislacion/conclusiones-del-estudio-de-opinion-de-los-farmaceuticos-de-oficina-de-farmacia-sobre-la-receta-electronica/>.
35. Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. BOE n.º 100, de 26 de abril de 1997.
36. Real Decreto 618/2007, de 11 de mayo, por el que se regula el procedimiento para el establecimiento, mediante visado, de reservas singulares a las condiciones de prescripción y dispensación de los medicamentos. BOE n.º 114, de 12 mayo de 2007.
37. Sanidad en Línea. Accedido el 30-12-14. Disponible en: <http://www.red.es/redes/actuaciones/sanidad-en-linea>.
38. Agha, L. The effects of health information technology on the costs and quality of medical care. *Journal of Health Economics* 2014; 34:19-30.
39. Otero-Barrós M, Durán-Parrondo C, López-Fernández D, Ventosa-Rial J, García Rodríguez A. Receta electrónica y gasto farmacéutico en la gerencia de Atención Primaria de Santiago. *FAP* 2012; 10:57-62.
40. Calzón S, Mercader JJ, Montero JC, Sánchez Cantalejo C, Valencia R. Incorporación de la prescripción electrónica en un distrito de Atención Primaria: implicaciones en el gasto farmacéutico y factores determinantes de su utilización. *Atención Primaria*, marzo 2013; 3:45.
41. Refcom. La realidad de la farmacia comunitaria en España. SEFAC. Accedido el 30-12-2014. Disponible en: www.sefac.org/files/NP%20Refcom.pdf.
42. Casal-Sánchez C, Losada-Campa M. Tiempos necesarios para la dispensación de recetas electrónicas en Galicia: necesidades y procesos. *Farmacéuticos Comunitarios* 2012 Jun 01; 4(2):52-62.
43. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria, panel de expertos. Guía práctica para los servicios de atención farmacéutica en la farmacia comunitaria. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid, 2010.
44. Pastor R, Alberola C, Álvarez de Toledo F, et al. Clasificación de Derivaciones Fármaco-terapéuticas Medafar. Madrid: International Marketing & Communication, S.A., 2008.

